Grudziądz, 16.01.2020 r.

**Zaproszenie do współpracy w zakresie dostawy**

**elementów stanowiących wyposażenie stanowiska pracy opiekuna   
w związku z realizację projektu pt.   
Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dla osób niesamodzielnych z terenu Grudziądza**

4PRO Grzegorz Grześkiewicz w związku z realizacją projektu „Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dla osób niesamodzielnych z terenu Grudziądza” współfinasowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego zaprasza **Podmioty Ekonomii Społecznej** do nawiązania współpracy i złożenia oferty w zakresie **dostawy elementów stanowiących wyposażenie 15 stanowisk pracy opiekunów osób niesamodzielnych.**

**Przedmiot dostawy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot** | **Rodzaj/model[[1]](#footnote-1)** | **Liczba sztuk** |
| 1 | Gluokometr | One Touch Select Plus | 15 |
| 2 | Pulsoksymetr | TOW013136 | 10 |
| 3 | Ciśnieniomierz | Tech-Med Precision BPM | 2 |
| 4 | Ciśnieniomierz | Tech-Med Precision Pro | 2 |
| 5 | Ciśnieniomierz | Tech-Med TM-Z/S | 1 |
| 6 | Ciśnieniomierz | Omron M2 Basic | 10 |
| 7 | Stetoskop | Hs-30C | 5 |
| 8 | Torba | Jumbels | 15 |

W/w sprzęt ten jest niezbędny do realizacji świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania jako wyposażenie stanowiska pracy opiekunów.

Usługę dostawy i montażu wyposażenia należy zrealizować najpóźniej do dnia 10.02.2020 r. Wszystkie elementy zamówienia muszą posiadać co najmniej roczny okres gwarancji.

Oferty na realizację usługi można składać na załączonym do zaproszenia formularzu (załącznik nr 1 dla podmiotów ekonomii społecznej i załącznik nr 2 dla pozostałych podmiotów) **do dnia 30.01.2020 r**. na adres e-mail: grzeskiewicz@gmail.com lub osobiściew siedzibie biura projektu ul. Wyspiańskiego 1-3, 86-300 Grudziądz**.**

**Warunki płatności:**

Przelew min. 14 dni od dnia wykonania przedmiotu zamówienia potwierdzonego protokołem odbioru i wpływu prawidłowo wystawionej faktury do Zamawiającego.

**Adres dostawy:**

Biuro projektu, ul. Wyspiańskiego 1-3, 86-300 Grudziądz

**Wybrany zostanie wykonawca, który przedstawi najkorzystniejszą ofertę.**

*Załącznik nr 1 – Formularz oferty*

**FORMULARZ OFERTY**

**elementy stanowiące wyposażenie stanowiska pracy opiekuna**

**dla PES**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OFERETNA** | |
| Nazwa: | Adres siedziby: |
| Telefon: | E-mail: |
| REGON: | NIP: |
| **OSOBA DO KONTAKTU** | |
| Imię i nazwisko: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot** | **Rodzaj/model - opis** | **Liczba sztuk** | **Cena łączna brutto w zł za towary opisane w tabelach (do dwóch miejsc po przecinku)** |
| 1 | Gluokometr |  | 15 |  |
| 2 | Pulsoksymetr |  | 10 |  |
| 3 | Ciśnieniomierz |  | 2 |  |
| 4 | Ciśnieniomierz |  | 2 |  |
| 5 | Ciśnieniomierz |  | 1 |  |
| 6 | Ciśnieniomierz |  | 10 |  |
| 7 | Stetoskop |  | 5 |  |
| 8 | Torba |  | 15 |  |
| **RAZEM** | | | |  |

Oświadczenia:

1. Reprezentuję Podmiot Ekonomii Społecznej tj.:

a) przedsiębiorstwo społeczne, w tym spółdzielnia socjalna, o której mowa w ustawie z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz. U. poz. 651, z późn. zm.);

b) podmiot reintegracyjny, realizujący usługi reintegracji społecznej i zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym:

i) CIS i KIS;

ii) ZAZ i WTZ, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej

i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

c) organizacja pozarządowa lub podmiot, o którym mowa w art. 3 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 239, z późn. zm.); d) podmiot sfery gospodarczej utworzony w związku z realizacją celu społecznego bądź dla którego leżący we wspólnym interesie cel społeczny jest racją bytu działalności komercyjnej.

W tym:

i) organizacje pozarządowe, o których mowa w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, prowadzące działalność gospodarczą, z której zyski wspierają realizację celów statutowych;

ii) spółdzielnie, których celem jest zatrudnienie tj. spółdzielnie pracy, inwalidów i niewidomych, działające w oparciu o ustawę z dnia 16 września 1982 r. - Prawo spółdzielcze (Dz. U. z 2016 r. poz. 21, z późn. zm.);

iii) spółki non-profit, o których mowa w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, o ile udział sektora publicznego w spółce wynosi nie więcej niż 50%.

1. Realizacja usługi będzie prowadzona zgodnie z zakresem określonym w zaproszeniu.
2. Reprezentuję podmiot prowadzący działalność usługową w zakresie zgodnym z przedmiotem niniejszego postępowania oraz posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
3. Oświadczam, że reprezentuję podmiot, który posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuje potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie i miejscu wskazanym przez zamawiającego w przypadku uzacniania mojej oferty za najkorzystniejszą.
5. Oświadczam, że wszystkie dostarczone sprzęty będą posiadać co najmniej 12 miesięczny okres gwarancji.

…………………………………………………

(data, podpis, pieczęć)

*Załącznik nr 1 – Formularz oferty*

**FORMULARZ OFERTY**

**elementy stanowiące wyposażenie stanowiska pracy opiekuna**

**dla pozostałych podmiotów**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OFERETNA** | |
| Nazwa: | Adres siedziby: |
| Telefon: | E-mail: |
| REGON: | NIP: |
| **OSOBA DO KONTAKTU** | |
| Imię i nazwisko: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot** | **Rodzaj/model - opis** | **Liczba sztuk** | **Cena łączna brutto w zł za towary opisane w tabelach (do dwóch miejsc po przecinku)** |
| 1 | Gluokometr |  | 15 |  |
| 2 | Pulsoksymetr |  | 10 |  |
| 3 | Ciśnieniomierz |  | 2 |  |
| 4 | Ciśnieniomierz |  | 2 |  |
| 5 | Ciśnieniomierz |  | 1 |  |
| 6 | Ciśnieniomierz |  | 10 |  |
| 7 | Stetoskop |  | 5 |  |
| 8 | Torba |  | 15 |  |
| **RAZEM** | | | |  |

Oświadczenia:

1. Realizacja usługi będzie prowadzona zgodnie z zakresem określonym w zaproszeniu.
2. Reprezentuję podmiot prowadzący działalność usługową w zakresie zgodnym z przedmiotem niniejszego postępowania oraz posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
3. Oświadczam, że reprezentuję podmiot, który posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuje potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie i miejscu wskazanym przez zamawiającego w przypadku uzacniania mojej oferty za najkorzystniejszą.
5. Oświadczam, że wszystkie dostarczone sprzęty będą posiadać co najmniej 12 miesięczny okres gwarancji.

…………………………………………………

(data, podpis, pieczęć)

1. Dopuszcza się możliwość złożenia oferty na sprzęt równoważny, innej marki niż wskazano (podobnej klasy i spełniający podobne funkcje). [↑](#footnote-ref-1)