

**Ogłoszenie o wyniku postępowania
Usługi**

Kompleksowe zorganizowanie i przeprowadzenie usługi o nazwie Terapia Integracji Sensorycznej – 167 godzin dla 10 dzieci przebywających w rodzinnej pieczy zastępczej (...)

SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY

1.1.) Rola zamawiającego

Postępowanie prowadzone jest samodzielnie przez zamawiającego

1.2.) Nazwa zamawiającego: POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W PABIANICACH

1.4) Krajowy Numer Identyfikacyjny: REGON 472212819

1.5) Adres zamawiającego

1.5.1.) Ulica: ul. gen. Romualda Traugutta 6A

1.5.2.) Miejscowość: Pabianice

1.5.3.) Kod pocztowy: 95-200

1.5.4.) Województwo: łódzkie

1.5.5.) Kraj: Polska

1.5.6.) Lokalizacja NUTS 3: PL712 - Łódzki

1.5.7.) Numer telefonu: 42215-66-60

1.5.8.) Numer faksu: 42215-66-60 0

1.5.9.) Adres poczty elektronicznej: sekretariat@pcpr-pabianice.pl

1.5.10.) Adres strony internetowej zamawiającego: pcpr-pabianice.pl

1.6.) Adres strony internetowej prowadzonego postępowania:

<https://ezamowienia.gov.pl/mp-client/search/list/ocds-148610-3762f55c-daa3-11ed-9355-06954b8c6cb9>

1.7.) Rodzaj zamawiającego: Zamawiający publiczny - jednostka sektora finansów publicznych - jednostka budżetowa

1.8.) Przedmiot działalności zamawiającego: Ochrona socjalna

SEKCJA II – INFORMACJE PODSTAWOWE

2.1.) Ogłoszenie dotyczy:

Zamówienia publicznego

2.2.) Ogłoszenie dotyczy usług społecznych i innych szczególnych usług: Nie

2.3.) Nazwa zamówienia albo umowy ramowej:

Kompleksowe zorganizowanie i przeprowadzenie usługi o nazwie Terapia Integracji Sensorycznej – 167 godzin dla 10 dzieci przebywających w rodzinnej pieczy zastępczej (...)

2.4.) Identyfikator postępowania: ocds-148610-3762f55c-daa3-11ed-9355-06954b8c6cb9

2.5.) Numer ogłoszenia: 2023/BZP 00197690

2.6.) Wersja ogłoszenia: 01

2.7.) Data ogłoszenia: 2023-04-28

2.8.) Zamówienie albo umowa ramowa zostały ujęte w planie postępowań: Tak

2.9.) Numer planu postępowań w BZP: 2023/BZP 00151777/01/P

2.10.) Identyfikator pozycji planu postępowań:

1.3.2 Terapia Integracji Sensorycznej dla dzieci przebywających w rodzinnej pieczy zastępczej, uczestników projektu „Razem damy radę”.

2.11.) Czy zamówienie albo umowa ramowa dotyczy projektu lub programu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej: Tak

2.12.) Nazwa projektu lub programu:

RPO WŁ "Razem damy radę"

2.13.) Zamówienie/umowa ramowa było poprzedzone ogłoszeniem o zamówieniu/ogłoszeniem o zamiarze zawarcia umowy:

Tak

2.14.) Numer ogłoszenia: 2023/BZP 00176936**SEKCJA III – TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA LUB ZAWARCIA UMOWY RAMOWEJ**

3.1.) Tryb udzielenia zamówienia wraz z podstawą prawną Zamówienie udzielane jest w trybie podstawowym na podstawie: art. 275 pkt 1 ustawy

SEKCJA IV – PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**4.1.) Numer referencyjny:** 1/RDR/PN/2023**4.2.) Zamawiający udziela zamówienia w częściach, z których każda stanowi przedmiot odrębnego postępowania:** Nie**4.3.) Wartość zamówienia:** 16700 PLN**4.4.) Rodzaj zamówienia:** Usługi**4.5.1.) Krótki opis przedmiotu zamówienia**

Zorganizowanie i przeprowadzenie usługi o nazwie Terapia Integracji Sensorycznej – 167 godzin dla 10 dzieci przebywających w rodzinnej pieczy zastępczej w ramach projektu „Razem damy radę” realizowanego w powiecie pabianickim dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa IX Włączenie społeczne, Działanie IX.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Poddziałanie IX.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne.

Po stronie Wykonawcy należy: wyspecjalizowana kadra, specjalistyczna sala, wyposażenie oraz szatnia.

1. Czas realizacji zamówienia:

Od daty podpisania umowy do 30.06.2023 r.

2. Dni tygodnia: od poniedziałku do piątku – dni i godziny ustalone indywidualnie do osoby/grupy.**3. Terapia SI** powinna być realizowana na terenie powiatu pabianickiego.**4. Terapia SI** powinna być dostosowana indywidualnie do dzieci – liczba godzin również.**5. W ramach realizacji przedmiotu zamówienia, wykonawca będzie zobowiązany do:**

- a) Diagnozy zaburzeń rozwoju;
- b) Tworzenia indywidualnego planu terapii w oparciu o diagnozę;
- c) Prowadzenia terapii;
- d) Monitorowania postępów terapii;
- e) Udzielania porad dotyczących kontynuacji terapii w domu przez opiekunów dziecka;
- f) Przedstawienie na piśmie opinii indywidualnych po zakończeniu realizacji usługi (z uwzględnieniem wskazania problemów uczestnika, rekomendacji oraz określenia skuteczności zastosowanych działań);
- g) Przekazanie Zamawiającemu dokumentacji dotyczącej każdego uczestnika (program zajęć, dziennik zajęć wraz z listą obecności, raport końcowy z przeprowadzonych zajęć) w ciągu 14 dni od zakończenia zajęć u każdego uczestnika,
- 6. Wykonawca przed podpisaniem umowy przedstawi harmonogram realizacji terapii (harmonogram udzielanego wsparcia), celem zamieszczenia na stronie internetowej projektu oraz przekazania do Instytucji Pośredniczącej tj. Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi,
- 7. Wykonawca, zobowiązany będzie do zapewnienia uczestnikom terapii odpowiednich warunków lokalowych. Terapia powinna być prowadzona w salach klimatyzowanych, wyposażonych w odpowiednie oprzyrządowanie techniczne, środki audiowizualne, w oparciu o zapisy Bhp.
- 8. Wykonawca zapewnia materiały i środki dydaktyczne niezbędne do przeprowadzenia zajęć (wyposażenie Sali SI).
- 9. Wykonawca powinien posiadać uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania. Dokumenty potwierdzające spełnienie tego warunku, które Wykonawca powinien złożyć wraz z ofertą zostały określone w Zapytaniu ofertowym.
- 10. Zajęcia powinna przeprowadzać osoba, która posiada:
 - a) wykształcenie wyższe (do oferty należy dołączyć skan/kopię dyplomu ukończenia studiów wyższych) oraz ukończony pełnowymiarowy kurs II stopnia w zakresie Diagnozy i Terapii Integracji Sensorycznej lub ukończone kwalifikacyjne studia podyplomowe z zakresu Integracji Sensorycznej i certyfikat terapeuty SI (do oferty należy dołączyć skan/kopię zaświadczenia/certyfikatu ukończenia kursu II stopnia w zakresie Diagnozy i Terapii Integracji Sensorycznej lub skan/kopię dyplomu ukończenia studiów podyplomowych z zakresu Integracji Sensorycznej oraz skan/kopię certyfikatu terapeuty SI);
 - b) doświadczenie zawodowe umożliwiające przeprowadzenie danego wsparcia, przy czym minimalne doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie / w pracy z określoną grupą docelową nie powinno być krótsze niż rok,
 - c) wykonawca lub osoba przez niego wskazana zapewni ciągłość realizacji usługi oraz nie będzie podlegała wymianie na inną osobę w trakcie realizacji zamówienia, z wyjątkiem sytuacji losowych po zaakceptowaniu przez Zamawiającego,
 - d) odpowiednio wyposażony gabinet do prowadzenia terapii na terenie Powiatu Pabianickiego lub poza terenem Powiatu

Pabianickiego lecz w odległości nie większej niż 25 kilometrów od siedziby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach. Wykonawca zobowiązany jest do umieszczenia w widocznym miejscu plakatów informacyjnych, otrzymanych od Zamawiającego.

11. Wykonawca zobowiązany jest prowadzić szczegółową dokumentację prowadzonej terapii, w tym dzienniki zajęć zawierające w szczególności: listy obecności (z podpisami uczestników zajęć), wymiar godzin i tematy realizowane w ramach terapii.

12. Listy obecności oraz wszelkie dokumenty wytworzone w ramach terapii, zostaną oznaczone znakiem Funduszy Europejskich (FE) oraz znakiem Unii Europejskiej (UE) a także oficjalnym logiem promocyjnym województwa łódzkiego, zgodnie z zasadami zawartymi w Księdze identyfikacji wizualnej znaku marki Fundusze Europejskie i znaków programów polityki spójności na lata 2014—2020, zamieszczonej na stronie Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Łodzi.

13. Zamawiający zastrzega sobie prawo wizyty na terapii w miejscu wskazanym w ofercie/harmonogramie, celem określenia zgodności ze stanem faktycznym na etapie oceny ofert, przed podpisaniem umowy lub w trakcie trwania.

14. Zamawiający zastrzega sobie prawo do dokonania kontroli prowadzonej usługi w trakcie jej realizacji.

15. Zamawiający dopuszcza możliwość zmniejszenia liczby uczestników. Całość będzie rozliczona zgodnie z ceną przypadającą na jedną osobę, którą Wykonawca zaoferuje w ofercie.

16. Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność za właściwą realizację usług związanych ze zorganizowaniem i przeprowadzeniem terapii.

17. Wykonawca nie może pobierać opłat od uczestników terapii.

4.5.3.) Główny kod CPV: 80000000-4 - Usługi edukacyjne i szkoleniowe

4.5.4.) Dodatkowy kod CPV:

85121270-6 - Usługi psychiatryczne lub psychologiczne

SEKCJA V ZAKOŃCZENIE POSTĘPOWANIA

5.1.) Postępowanie zakończyło się zawarciem umowy albo unieważnieniem postępowania: Postępowanie/cześć postępowania zakończyła się unieważnieniem

5.2.) Podstawa prawna unieważnienia postępowania: art. 255 pkt 1 ustawy

5.2.1.) Przyczyna unieważnienia postępowania:

Brak ofert w postępowaniu

SEKCJA VI OFERTY

6.1.) Liczba otrzymanych ofert lub wniosków: 0

6.1.1.) Liczba otrzymanych ofert wariantowych: 0

6.1.2.) Liczba ofert dodatkowych: 0

6.1.3.) Liczba otrzymanych od MŚP: 0

6.1.4.) Liczba ofert wykonawców z siedzibą w państwach EOG innych niż państwo zamawiającego: 0

6.1.5.) Liczba ofert wykonawców z siedzibą w państwie spoza EOG: 0

6.1.6.) Liczba ofert odrzuconych, w tym liczba ofert zawierających rażąco niską cenę lub koszt: 0

6.1.7.) Liczba ofert zawierających rażąco niską cenę lub koszt: 0

6.2.) Cena lub koszt oferty z najniższą ceną lub kosztem: 0 PLN

6.3.) Cena lub koszt oferty z najwyższą ceną lub kosztem: 0 PLN

6.4.) Cena lub koszt oferty wykonawcy, któremu udzielono zamówienia: 0 PLN

6.5.) Do wyboru najkorzystniejszej oferty zastosowano aukcję elektroniczną: Nie

6.6.) Oferta wybranego wykonawcy jest ofertą wariantową: Nie