**MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.**

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

NR KRS – 00002500058

NR NIP – 6342637519

NR REGON – 240289569

W związku z przystąpieniem do realizacji projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”, dla którego zamawiający otrzymał dofinansowanie w ramach Poddziałanie: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 – zapraszamy wszystkie podmioty spełniające określone poniżej warunki do składania ofert na realizację przedmiotu niniejszego zapytania ofertowego.

**ZAPYTANIE OFERTOWE NR 12\_AU\_2021**

**Przedmiot zamówienia:**

Usługi rehabilitacyjne na rzecz uczestników projektu„Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu
i osób z ich otoczenia”

**Kody CPV:**

85312500-4 Usługi rehabilitacyjne

Katowice, 31 maj 2021

1. **Postanowienia ogólne.**

Postępowanie na usługi rehabilitacyjne na rzecz uczestników projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” prowadzone będzie w trybie rozeznania rynku określonej w Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 oraz w oparciu o „Regulamin postępowania o udzielenie zamówienia” obowiązujący w MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

Podstawowym dokumentem regulującym i rozstrzygającym o wszelkich sprawach związanych z postępowaniem o udzielenie zamówienia jest treść niniejszych „Warunków”.

W dokumencie tym zawarte są w szczególności:

* warunki[[1]](#footnote-1) przedmiotowe i podmiotowe wymagane od wykonawców,
* kryteria[[2]](#footnote-2) oceny i wyboru ofert,

Zamówienie w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” będzie współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Program Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014–2020, oś priorytetowa IX. Włączenie społeczne, działanie 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne, poddziałanie 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych – konkurs.

1. **Przedmiot zamówienia.**
	1. **Kody i nazwy według Wspólnego Słownika Zamówień CPV:**

85312500-4 Usługi rehabilitacyjne

* 1. **Opis przedmiotu zamówienia.**

Przedmiotem zamówienia są: usługi rehabilitacyjne na rzecz uczestników projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”

* 1. **Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia.**

Świadczenie usług rehabilitacyjnych w łącznej w Katowicach, ul. Dąbrowskiego 24/1, polegających na:

1. rehabilitacja grupowa: ćwiczenia poprawiające funkcje ruchowe – 7 godzin,
2. rehabilitacja indywidualna: redukcja postaw ciała – 54 godziny,
3. rehabilitacja indywidualna: rehabilitacja nieprawidłowego napięcia mięśniowego - 112 godzin,
4. rehabilitacja indywidualna: treningi równowagi i orientacji w przestrzeni -142 godziny,
5. terapię integracji sensorycznej - 9 godzin

rehabilitacji: **łącznie w wymiarze 324 godzin wsparcia dla uczestników projektu**.

* Liczba godzin usług każdego z rehabilitantów będzie uzależniona od dyspozycyjności pacjenta i jego opiekuna oraz harmonogramu czynności ustalonego po dokonaniu oceny potrzeb uczestników projektu w zakresie diagnozy, terapii i rehabilitacji zatwierdzonego przez koordynatora projektu.
* Zadaniem Wykonawcy usług jest świadczenie usługi na rzecz wytypowanych uczestników projektu
w uzgodnionym terminie, w dni robocze w godz. od 8.00 do 19.00 oraz w soboty do godz. 18.00.

Szczegółowe terminy wykonania usługi – wg grafika miesięcznego po wcześniejszym uzgodnieniu. Koszt dojazdu do miejsca rehabilitacji należy wkalkulować w cenę usługi.

* Rozliczenie wykonania umowy następować będzie na podstawie prowadzonych dla Wykonawców usług list obecności oraz prowadzonej dokumentacji, w których uwidocznione będą dane Wykonawcy, dane odbiorcy usług, data i zakres usługi. Wskazane dane potwierdzane będą podpisem Wykonawcy. Kompletna dokumentacja stanowić będzie podstawę obliczenia wynagrodzenia należnego Wykonawcy za dany miesiąc świadczenia usługi.
* Wykonawca udokumentuje świadczone usługi w formie papierowej dokumentacji medycznej.
	1. **Wymagany termin realizacji przedmiotu zamówienia.**
1. Zamówienie będzie realizowane po ustaleniu potrzeb uczestników projektu przez lekarzy dokonujących diagnozy oraz monitoringu osób ze spektrum autyzmu będących uczestnikami projektu.
2. Realizacja całego zamówienia w okresie: czerwiec 2021 – sierpień 2021 r.
3. **Wymagania Zamawiającego względem wykonawców.**
4. Wykonawca powinien wskazać 1-2 osoby - co zabezpieczy świadczenie usług rehabilitacyjnych, które będą wykonywane w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci
z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”.
5. W celu potwierdzenia spełnienia warunku udziału w postępowaniu, Wykonawca musi załączyć do oferty zestawienie informacji o osobach, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia wraz z informacją na temat kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia. Wykaz należy sporządzić zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszego zamówienia.
6. W celu potwierdzenia kwalifikacji zawodowych oraz wykształcenia osób ujętych w zestawieniu,
o którym mowa powyżej, Wykonawca zobowiązany jest do złożenia ofertą kopii dyplomów, świadectw, licencji, poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.
7. **Powody wykluczenia z postępowania.**

Wykluczeniu z postępowania podlegają podmioty, które są powiązane kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, a Wykonawcą, podlegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ w wytycznych programowych,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowacenia drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
5. **Cena ofertowa.**

Wykonawca w przedstawionej ofercie wykonania przedmiotu zamówienia winien zaoferować cenę kompletną, jednoznaczną i ostateczną.

Cena oferty podana przez wykonawcę w ofercie nie będzie podlegać korektom w trakcie wykonania Umowy. Powinna być wyrażona w złotych polskich i określać wartość przedmiotu zamówienia na dzień jego realizacji zgodnie z ustalonym terminem i harmonogramem i zawierać wszelkie koszty Zamawiającego, w tym całość kosztu składek ZUS (dotyczy osób fizycznych) lub podatku VAT (o ile dotyczy).

1. **Opis sposobu dokonywania oceny spełnienia ww. warunku udziały w postępowaniu oraz powodów wykluczenia z postępowania.**
2. Ocena spełniania warunku udziału w postępowaniu oraz istnienia powodów wykluczenia z postępowania nastąpi na podstawie wymienionych w punkcie X dokumentów i oświadczeń złożonych przez Wykonawcę wraz z ofertą.
3. Ocena zostanie dokonana według formuły: „warunek udziału zostanie spełniony”; „warunek udziału nie został spełniony”; „powód wykluczenia istnieje”; „powód wykluczenia nie istnieje”.

Zamawiający uzna oferty za spełniające wymagania i przyjmie do szczegółowego rozpatrywania, jeżeli:

* oferta spełnia wymagania określone w niniejszym zapytaniu (jest kompletna – zawiera wszystkie wymagane załączniki),
* oferta została złożona w określonym przez Zamawiającego terminie,
* Wykonawca przedstawił ofertę zgodną co do treści z wymaganiami Zamawiającego.

Każda ze złożonych ofert zostanie oceniona, zgodnie z poniższymi wzorami przy zastosowaniu odpowiednich kryteriów. Wybór oferty dokonany zostanie na podstawie opisanych kryteriów i ustalonej punktacji, przy czym oferta może zostać oceniona na maksymalnie 100 punków.

Wybór oferty zostanie dokonany w oparciu o przyjęte w niniejszym postępowaniu kryteria oceny ofert przedstawione poniżej:

1. Cena brutto za jedną godzinę usługi: 90%. Cena musi uwzględniać wykonanie wszystkich prac i czynności oraz zawierać wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, w tym powinna obejmować koszty dojazdu osoby wykonującej zamówienia do miejsca zamieszkania uczestnika projektu.
2. Wykształcenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia – waga: 10%. Ukończony minimum jeden certyfikowany kurs specjalistyczny/ studia podyplomowe z zakresu wsparcia dziecka ze spektrum autyzmu prowadzenia rehabilitacji przez osobę/osoby wyznaczone do realizacji zamówienia – 10 pkt. Przykłady:

Ukończenie kursy rozumiane jako posiadanie odpowiedniego certyfikatu potwierdzającego posiadane kwalifikacje. W przypadku Wykonawcy, który do realizacji zamówienia wyznaczy kilka osób, warunek uznaje się za spełniony, jeśli każda z nich wykaże się ukończonym minimum jednym certyfikowanym kursem specjalistycznym (potwierdzenie poprzez wykazanie kursu w ramach załącznika nr 3 do niniejszego zapytania).

Ad. 1) Sposób obliczania punktów dla kryterium ceny:

Pc = Cmin/ Coferty x 0,9 (waga) x 100, gdzie:

Pc – ocena punktowa w kategorii „cena” uzyskana przez daną ofertę

Cmin- cena najniższa zaproponowana w ocenianych ofertach

Coferty– cena ocenianej oferty

Za zaproponowanie ceny najkorzystniejszej oferta otrzyma maksymalną liczę punków, pozostałe będą oceniane odpowiednio - proporcjonalnie do ceny najkorzystniejszej. Punktacja zostanie zaokrąglana do dwóch miejsc po przecinku.

Ad. 2) Sposób obliczania punktów dla kryterium wykształcenie:

Brak ukończonego (nieposiadanie certyfikatu) minimum jednego certyfikowanego kursu specjalistycznego
z zakresu rehabilitacji z dziećmi ze spektrum autyzmu) przez osobę / osoby wyznaczone do realizacji zamówienia – 0 pkt.

Ukończony minimum jeden certyfikowany kurs specjalistyczny z zakresu rehabilitacji z dziećmi ze spektrum autyzmu przez osobę/osoby wyznaczone do realizacji zamówienia – 10 pkt.

Za najkorzystniejszą uznana zostanie oferta, która otrzyma najwyższą łączną liczbę punktów, wg. poniższego wzoru.

Poferty=Pc+Pw, gdzie:

Poferty– suma punktów za daną ofertę

Pc – punkty uzyskane w kategorii cena przez daną ofertę

Pw – punkty uzyskane w kategorii wykształcenie przez daną ofertę

W przypadku uzyskania przez dwóch lub więcej Wykonawców takiej samej liczby punktów decyduje niższa cena.

**7.2 Informacje dodatkowe w zakresie sposobu wyboru najkorzystniejszej oferty**

W sytuacji, gdy cena najkorzystniejszej oferty będzie przekraczała wartość określoną w budżecie projektu dla tego zamówienia, Zamawiający może wycofać się z udzielenia zamówienia lub podjąć negocjacje z Wykonawcą, który złożył ofertę najkorzystniejszą w celu uzgodnienia jej ostatecznej wartości.

Realizacja zamówienia (po podpisaniu umowy) zostanie powierzona wykonawcy, którego oferta uzyska najwyższą ilość punktów uwzględniając deklarowaną przez niego możliwą liczbę godzin pracy prowadzenia formy wsparcia.

W ramach niniejszego postępowania Zamawiający dopuszcza możliwość negocjacji cenowych z Oferentem, który uzyskał najwyższą ilość punktów w przypadku przekroczenia przewidzianej zgodnie z budżetem kwoty na realizację przedmiotu zamówienia. Umowa zostanie zawarta nie później niż przed upływem terminu związania ofertą.

Jeżeli Wykonawca, którego oferta została wybrana, uchyli się od zawarcia umowy we wskazanym terminie, Zamawiający może wybrać najkorzystniejszą wśród pozostałych ofert. Wybrany oferent drogą e-mail otrzyma wzór umowy do wydruku i podpisu z określonym terminem odesłania dokumentów (co do zasady 5- dni od daty otrzymania informacji). Brak informacji zwrotnej (odesłania umowy, prośby o przedłużenie terminu na wysłanie dokumentów) skutkować będzie odstąpieniem Zamawiającego od podpisania umowy.

1. **Miejsce oraz termin składania ofert.**
2. Wykonawca może złożyć jedną ofertę na wykonanie zamówienia. Złożenie przez Wykonawcę więcej niż jednej oferty spowoduje odrzucenie wszystkich ofert złożonych przez tego Wykonawcę.
3. Ofertę należy złożyć w terminie do 04.06.2020 r. do godziny 15.00 drogą pocztową, przesyłką kurierską lub osobiście w zamkniętej kopercie na adres Zamawiającego:

MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

1. Koperta powinna być opisana w następujący sposób:

**ZAPYTANIE OFERTOWE NR 12\_AU\_2021** MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o.

ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10

40-123 Katowice

Oferta na usługi rehabilitacyjne na rzecz uczestników
projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”

Nazwa / nazwisko oraz adres Wykonawcy składającego ofertę.

W przypadku nieprawidłowego zaadresowania lub opisania opakowania oferty, Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za niewłaściwe skierowanie oferty lub jej przedterminowe otwarcie.

1. Należy dostarczyć ofertę do Zamawiającego w godzinach pracy Zamawiającego (liczy się data i godzina wpływu do siedziby Zamawiającego). Oferty, które wpłyną do Zamawiającego po wyżej określonym terminie, nie będą rozpatrywane.
2. **Wybór najkorzystniejszej oferty.**
3. Jeżeli nie można dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej ze względu na to, że zostały dwie lub więcej ofert przedstawiających taką samą ocenę punktową Zamawiający spośród tych ofert wybiera ofertę z najniższą ceną, a jeżeli zostały złożone oferty o takiej samej cenie, Zamawiający wzywa Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia w terminie określonym przez Zamawiającego ofert dodatkowych.
4. Wykonawcy, składając oferty dodatkowe, nie mogą zaoferować cen wyższych, niż zaoferowane w ofertach złożonych pierwotnie.
5. Po dokonaniu oceny ofert, a przed rozstrzygnięciem postępowania, Zamawiający wezwie Wykonawcę, którego oferta została uznana za najkorzystniejszą, do tego, żeby w wyznaczonym przez Zamawiającego terminie złożył referencje lub inne dokumenty potwierdzające informacje zawarte w zestawieniu informacji o osobie/osób, które będą wykonywać zamówienie (wzór zamówienia jest załącznikiem nr 2 do zapytania ofertowego).
6. Jeżeli Wykonawca nie złożył referencji lub innych dokumentów, o których mowa w punkcie powyżej, Zamawiający może ponownie wezwać Wykonawcę do ich złożenia w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
7. Jeżeli złożone referencje / inne dokumenty budzą wątpliwości Zamawiającego, Zamawiający może wezwać Wykonawcę do przekazania niezbędnych informacji lub wyjaśnień w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
8. Nie dokonanie przez Wykonawcę czynności, o których mowa w punkcie 10.3 i/lub 10.4 i/lub 10.5 będzie przez Zamawiającego uznane za uchylanie się przez Wykonawcę od podpisania umowy.
9. W przypadku, gdy Wykonawca, którego oferta została uznana za najkorzystniejszą, uchyli się od podpisania umowy, Zamawiający ma prawo do wyboru kolejnej najkorzystniejszej oferty, bez przeprowadzenia ponownego badania i oceny ofert.
10. O miejscu i terminie podpisania umowy Zamawiający powiadomi Wykonawcę, którego oferta została wybrana.
11. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania, na każdym jego etapie, bez podania przyczyny.
12. Zmiany umowy mogą zostać dokonane pod warunkiem przedłożenia Zamawiającemu pisemnego uzasadnienia konieczności wprowadzenia zmiany, przedłożenia dokumentów potwierdzających konieczność zmiany oraz wyrażenia przez Zamawiającego zgody na tę zmianę.

**Załącznik nr 1** do zapytania ofertowego

nr 12\_AU\_2021na wykonanie usług rehabilitacyjnych

z dn. 31.05.2021 r.

………………………………………………..

miejscowość, data

**Formularz ofertowy**

w odpowiedzi na zaproszenie do składania ofert dotyczących realizacji zadania, w związku z przystąpieniem do realizacji projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”, dla którego zamawiający otrzymał dofinansowanie w ramach Poddziałanie: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

organizowanego przez:

MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o., ul. Bolesława Czerwińskiego 8-10, 40-123 Katowice

Ja, niżej podpisana/y………………………………………………………………………………………………….………………….……………

nazwa: ……………………………………………………………………………………………….……………………………….………………

adres siedziby: ………………………………………………………………………………………………………………………………….………………

telefon i adres e-mail: ……………………………………………………………………………………………………………….………………….

PESEL/NIP: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę brutto: …………......................................... zł (słownie ................................................... złotych) za godzinę świadczenia usługi.
2. Oświadczam, że zapoznałam/ zapoznałem się z „Warunkami” i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz zdobyłam/zdobyłem konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. Wykonawca oświadcza, że mając na uwadze świadczenie wysokiej jakości usług z poszanowaniem przepisów prawa i obowiązujących norm międzynarodowych w trakcie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa pracy oraz norm prawa międzynarodowego regulujących wymagania dotyczące BHP, w tym także w stosunku do pracowników podwykonawców, przestrzegania w kontaktach z klientami zasad etycznych, szczególnie zasad szacunku dla człowieka oraz norm prawa regulujących zagadnienia ochrony środowiska.
4. Oświadczam, że związanie niniejszą ofertą wskazano w treści „Warunków”.
5. Przedmiot zamówienia zamierzamy wykonać sami.
6. Oświadczam, że spełniam warunki zawarte w „Warunkach”.
7. Oświadczam, że moje zaangażowanie zawodowe w realizację projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i FS oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Zamawiającego i innych podmiotów nie przekracza 276 godzin miesięcznie i nie przekroczy w związku z moim zaangażowaniem w realizację umowy zawartej w ramach ww. zamówienia.
8. Załącznikami do niniejszej oferty są:

(1) …………………………………………………….....................................

(2) …………………………………………………….....................................

(3) …………………………………………………….....................................

……………………………………. ……………………………………..

 Miejscowość, data Czytelny podpis oferenta

\*niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 2** do zapytania ofertowego

nr 12\_AU\_2021na wykonanie usług rehabilitacyjnych

z dn. 31.05.2021 r.

………………………………………………..

miejscowość, data

**Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych z Zamawiającym**

Nazwa Firmy: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 Oświadczam/y, w imieniu firmy, ze nie jestem/jesteśmy powiązani z Zamawiającym kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym. Przez powiazania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiazania między Zamawiającym a Oferentem polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ w wytycznych programowych,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowacenia drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

 …………………………………………… …………………………………………………

 Miejscowość, data Podpis i pieczęć osoby uprawnionej

**Załącznik nr 3** do zapytania ofertowego

nr 12\_AU\_2021na wykonanie usług rehabilitacyjnych

z dn. 31.05.2021 r.

………………………………………………..

miejscowość, data

**Wskazanie okresów zatrudnienia na stanowiskach związanych z pracą z dzieckiem**

**OSOBA nr 1[[3]](#footnote-3)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | nazwa stanowiska pracy – zakres obowiązków związanych z pracą z dzieckiem niepełnosprawnym  | Podmiot zatrudniający  | Termin zatrudnienia |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| …. |  |  |  |

**OSOBA nr 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | nazwa stanowiska pracy – zakres obowiązków związanych z pracą z dzieckiem niepełnosprawnym  | Podmiot zatrudniający  | Termin zatrudnienia |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| …. |  |  |  |

............................................................

Pieczęć i czytelny podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Załącznik nr 4** do zapytania ofertowego

nr 12\_AU\_2021na wykonanie usług rehabilitacyjnych

z dn. 31.05.2021 r.

………………………………………………..

**Klauzula Informacyjna:**

Zgodnie z art. 13 ust.2 i art. 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Administratorem danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych w związku z realizacją umowy
o dofinansowanie Projektu w ramach Działanie 9.2 Dostępne i efektywne usług społeczne i zdrowotne, Poddziałania: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (Umowa nr: UDA-RPSL.09.02.06-24-06A7/17-) dofinansowanie Projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu;
i osób z ich otoczenia” jest MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o. ul. Czerwińskiego 8-10; 40-123Katowice

Z administratorem danych osobowych można się skontaktować poprzez adres mailowy: projekt.multiklinika@gmail.com , telefonicznie pod nr 32 258-30-61lub pisemnie na adres siedziby.

Administratorem danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Centralny System teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju
z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest (dane kontaktowe): Nie dotyczy

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu oraz zakresie niezbędnym do jego realizacji. Cel i podstawa prawna przetwarzania danych osobowych:

Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w związku z realizacją projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu;
i osób z ich otoczenia” realizowanego przez MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o. w Katowicach,
w związku z prowadzonym postępowaniem, realizacją umowy, celami archiwalnymi oraz statystycznymi na podstawie:

• Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego , Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i europejskiego Funduszu Morskiego i rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady WE nr 1083/2006;

• Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.
w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady WE nr 1081/2006;

• Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020;

• Rozporządzenia Wykonawczego Komisji UE nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE n 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazania Komisji określonych informacji między beneficjentem a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.

Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji Projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu, i sprawozdawczości oaz działań informacyjno – promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w związku z realizacją projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu;
i osób z ich otoczenia MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o. w Katowicach w celu prowadzenia dokumentacji wynikających z przepisów prawa dotyczących:

* Rozpatrzenia złożonej oferty do zapytania,
* Stworzenia protokołu z rozeznania,
* Realizacji umowy
* Archiwizacji posiadanych dokumentów oraz danych.

4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą (kategorie odbiorców):

W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt. 3, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych.

Pani/Pana dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:

Województwo Śląskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Śląskiego pełniący rolę „Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Śląskiego na lata 2014-2020”, innym organom kontrolnym, w których kompetencjach mieści się nadzór i kontrola prawidłowości realizacji zadań wynikających z odpowiednich przepisów prawnych, osobom fizycznym oraz innym osobom fizycznym oraz innym podmiotom, które na zlecenie MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o. w Katowicach uczestniczą w realizacji projektu – na podstawie umowy o powierzeniu przetwarzania danych osobowych.

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Pośredniczącej. Mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej kontrole i audyty w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej: tak/nie\*. W przypadku przekazywania Pani/Pana danych osobowych, może Pani/Pan uzyskać ich kopię. Sposób uzyskania kopii danych lub miejsce udostępnienia danych:

Nie dotyczy

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres:

Dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji projektu i jego rozliczenia oraz do momentu zamknięcia i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacji w zależności od tego która z tych dat nastąpi później.

7. W związku z przetwarzaniem przez Administratora Pana/Pani danych osobowych, przysługuje Pani/Panu:

a) prawo dostępu do treści danych osobowych na podstawie art. 15 Rozporządzenia;

b) prawo do sprostowania danych osobowych na podstawie art. 16 Rozporządzenia;

c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych na podstawie art. 18 Rozporządzenia; z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust.2 Rozporządzenia

d) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie art. 21 Rozporządzenia.

e) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy Pan/Pani uzna, że przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia

8. W związku z przetwarzaniem przez Administratora Pana/Pani danych osobowych, nie przysługuje Pani/Panu:

a) prawo do usunięcia danych osobowych („prawo do bycia zapomnianym”) na podstawie art. 17 ust. 3 lit. b ,d lub e Rozporządzenia;

b) prawo do przenoszenia danych osobowych na podstawie art. 20 Rozporządzenia;

c) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania na podstawie art. 21 Rozporządzenia

9. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest (wybrać odpowiednio):

X wymogiem ustawowym

11. Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania tak/nie\*. Zasady zautomatyzowanego podejmowania decyzji i informacje o znaczeniu i przewidywanych konsekwencjach zautomatyzowanego przetwarzania dla osoby, której dane dotyczą:

Nie dotyczy

Składając formularz ofertowy Oferent oświadcza, iż zapoznał się z powyższą klauzurą informacyjną.

............................................................

Data, czytelny podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

1. **Warunek** to wymagania stawiane wykonawcom, który musi być przez nich bezwzględnie spełniony. Niespełnienie określonego warunku jest podstawą do odrzucenia oferty. [↑](#footnote-ref-1)
2. **Kryterium** to wymaganie, które podlega ocenie. Oznacza to, że może być ono przez poszczególnych wykonawców
w lepszym lub gorszym stopniu spełnione w stosunku do wykonawcy, który to kryterium spełnia najkorzystniej dla Zamawiającego. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku zaangażowania większej liczby osób oddelegowanych do wykonania zamówienia dodać kolejną tabelę. Oferent nie podaje danych osobowych wyznaczonych osób na etapie składania oferty - w stosunku do każdej planowanej osoby podaje jednak wymagane informacje, przy czym w całej niniejszej dokumentacji osoba nr 1 to konkretny rehabilitant (tj. wszystkie informacje podane w poszczególnych tabelach dla osoby nr 1 odpowiadają jednej, planowanej osobie). [↑](#footnote-ref-3)