

Zespół Szkół Specjalnych
im.W. Sherborne
44-238 Czerwionka – Leszczyny
ul. Przedszkolna 1
tel/fax 32 4312991

Czerwionka – Leszczyny 14.08.2018r.

ZAPYTANIE OFERTOWE Nr 7/2018

I. Zamawiający:

Zespół Szkół Specjalnych im. W. Sherborne 44-238 Czerwionka – Leszczyny
ul. Przedszkolna 1 w ramach zadań Ośrodka koordynacyjno – rehabilitacyjno –
opiekuńczego, realizowanych na podstawie porozumienia
NR MEN/2017/DWKI/1636, zawartego pomiędzy Ministrem Edukacji
Narodowej, a Powiatem Rybnickim

II. Przedmiot zamówienia:

1. Przedmiotem zamówienia są **usługi neurologopedyczne** w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka od chwili wykrycia zagrożenia niepełnosprawnością do podjęcia nauki w szkole.
2. Zakres obowiązków.
Do zadań specjalisty będzie należało w szczególności:
 - przeprowadzenie diagnozy logopedycznej,
 - opracowanie indywidualnego programu dla każdego dziecka
 - prowadzenie zajęć specjalistycznych według harmonogramu,
 - przekazywanie porad i wskazówek dla rodziców do bieżącej pracy z dzieckiem.
 - bieżące dokumentowanie pracy z dzieckiem zgodnie z przyjętymi w Ośrodku wzorami,
 - dokonywanie oceny postępów dziecka i opracowywanie wskazówek do dalszej pracy,
 - sporządzanie specjalistycznych opinii.
 - przestrzeganie tajemnicy służbowej oraz obowiązków w zakresie ochrony danych osobowych

O udzielenie zamówienia ubiegać się mogą osoby spełniające niżej wymienione wymagania:

- wykształcenie wyższe magisterskie o kierunku pedagogicznym i studia podyplomowe z zakresu logopedii;
- lub studia wyższe magisterskie na kierunku logopedia i przygotowanie pedagogiczne;
- studia podyplomowe z neurologopedii;
- kwalifikacje do diagnozy logopedycznej;
- posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych oraz korzystanie z pełni praw publicznych;
- brak karalności za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- stan zdrowia pozwalający na zatrudnienie na stanowisku neurologpedy;

III. Termin i realizacja zamówienia:

Usługi będą wykonywane w dni robocze od poniedziałku do piątku według zatwierdzonego przez dyrektora Szkoły harmonogramu, w okresie **od 01.09.2018r do 31.12.2018 roku** w budynku Zespołu Szkół Specjalnych im. W. Sherborne w Czerwionce - Leszczynach ul. Przedszkolna 1, w **maksymalnym wymiarze 170 godzin**. Zespół Szkół Specjalnych zastrzega sobie możliwość niewykorzystania wszystkich godzin usług. Rozliczenie pomiędzy wykonawcą, a Zespołem Szkół Specjalnych im. W. Sherborne nastąpi na podstawie rzeczywistej liczby wykonanych godzin z uwzględnieniem stawki godzinowej podanej w ofercie. Wynagrodzenie będzie płatne w okresach miesięcznych na podstawie wystawionej faktury lub rachunku oraz miesięcznego zestawienia czasu pracy i podjętych czynności obejmującego: opis czynności, czas poświęcony na wykonanie czynności i datę jej wykonania. Zamówienie jest finansowane w całości z dotacji przyznanej przez Ministerstwo Edukacji Narodowej.

IV. Opis sposobu przygotowania oferty:

- wypełniony formularz oferty- zgodnie z załącznikiem 1;
- kserokopie dokumentów potwierdzających wykształcenie i kwalifikacje
- podpisane przez oferenta oświadczenie: o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych oraz korzystaniu z pełni praw publicznych, o niekaralności za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe, o stanie zdrowia pozwalającym na zatrudnienie na stanowisku logopedy zgodnie z załącznikiem 2;
- podpisane przez oferenta oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych do celów rozpatrzenia oferty, o następującej treści:
„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie pracy dla potrzeb niezbędnych do rozpatrzenia zapytania ofertowego zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2017 roku.”

V. Miejsce oraz termin składania ofert:

1. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej w zaklejonej kopercie z napisem „Oferta logopeda” w sekretariacie Zespołu Szkół Specjalnych w Czerwionce – Leszczynach przy ul. Przedszkolnej 1.
2. Termin składania ofert upływa **28.08.2018 roku, o godzinie 12.00.**
3. Oferty złożone po tym terminie nie będą rozpatrywane.
4. Oferent może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.

VI. Ocena ofert:

Zamówienie zostanie udzielone wykonawcy, który zaoferuje najniższą cenę. Wykonawca może zaoferować tylko jedną cenę i nie może jej zmienić po złożeniu oferty. Negocjacje ceny nie będą prowadzone. Podana cena obejmować powinna wszystkie koszty wykonania zamówienia. Skutki finansowe błędnego obliczenia ceny oferty wynikające z nie uwzględnienia wszystkich okoliczności mogących mieć wpływ na cenę obciążą oferenta.

Ocena ofert zostanie dokonana w dniu 28.08.2018r. o godzinie 13.00
O wynikach i wyborze najkorzystniejszej oferty zainteresowani zostaną
powiadomieni telefonicznie.

VII. **Informacje o sposobie porozumiewania się:**

Dodatkowych informacji udziela dyrektor Zespołu Szkół Specjalnych nr telefonu 32 4312991.

FORMULARZ OFERTY

Usługa neurologopedyczna.

Miejscowość....., data.....

Imię i nazwisko oferenta.....

Adres.....

Telefon

Zespół Szkół Specjalnych im. W. Sherborne
ul. Przedszkolna 1
44 – 238 Czerwionka – Leszczyny

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na stanowisko neurologopedy w ramach zadań Ośrodka koordynacyjno – rehabilitacyjno – opiekuńczego, wynikających z programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, finansowanych z datacji celowej Ministerstwa Edukacji Narodowej składam niniejszą ofertę:

Stawka godzinowa brutto, słownie

.....
w tym stawka podatku VAT,% (jeżeli wykonawca jest płatnikiem podatku VAT)

Maksymalna ilość godzin **170**

Wartość ogółem.....słownie

-
1. Oświadczam, że przy określaniu kosztów wykonania przedmiotu umowy uwzględniłem(am) wszelkie koszty niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia.
 2. Cena oferowanego przedmiotu zamówienia obejmuje cały zakres przedmiotu zamówienia.
 3. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią zapytania ofertowego, przyjmuję warunki w nim zawarte i nie wnoszą żadnych zastrzeżeń.

.....
podpis oferenta oraz data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że:

- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
- korzystam z pełni praw publicznych
- nie byłem/am skazany/na prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- mój stan zdrowia pozwala mi na wykonywanie pracy na stanowisku neurologopedy.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis