

## Zapytanie ofertowe

**Zamawiający: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Kielcach, 25-544 Kielce,  
ul. Studzienna 2, zwraca się z uprzejmą prośbą o złożenie oferty cenowej na świadczenie  
usługi: wykonywanie czynności lekarza – Przewodniczącego Składu Orzekającego lub  
członka Składu Orzekającego w Miejskim Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności**

1. Przedmiotem zamówienia jest wykonywanie czynności polegających na wydaniu orzeczenia o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności dla osób wskazanych przez Przewodniczącego Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności. Podstawę do wydania orzeczenia stanowi dokumentacja medyczna zgromadzona w aktach klienta, opinia członków Składu Orzekającego oraz przepisy prawa obowiązujące w tym zakresie.
2. Zamawiający oczekuje złożenia ofert przez psychologów oraz lekarzy posiadających niżej wymienione specjalizacje:
  - a) specjalista pediatra (I lub II stopień specjalizacji),
  - b) specjalista alergolog (II stopień specjalizacji),
  - c) specjalista w zakresie rehabilitacji medycznej (I lub II stopień specjalizacji),
  - d) specjalista chorób wewnętrznych (I lub II stopień specjalizacji),
  - e) specjalista medycyny rodzinnej (II stopień specjalizacji),
  - f) specjalista ortopeda (II stopień specjalizacji),
  - g) specjalista psychiatra (II stopień specjalizacji),
  - h) specjalista w zakresie psychiatrii dziecięcej (II stopień specjalizacji),
  - i) specjalista okulista (I lub II stopień specjalizacji),
  - j) specjalista otolaryngolog (I lub II stopień specjalizacji),
  - k) specjalista foniatra (I lub II stopień specjalizacji),
  - l) specjalista neurolog (I lub II stopień specjalizacji),
  - m) specjalista chirurg (I lub II stopień specjalizacji),
  - n) specjalista chirurgii onkologicznej (II stopień specjalizacji),
  - o) specjalista pulmonolog (I lub II stopień specjalizacji),
  - p) specjalista diabetolog (I lub II stopień specjalizacji),
  - q) specjalista reumatolog (I lub II stopień specjalizacji),
  - r) specjalista kardiolog (I lub II stopień specjalizacji),

- s) specjalista endokrynolog (I lub II stopień specjalizacji).
3. Zamawiający ustali dni i godziny świadczenia zlecenia w Harmonogramie pracy lekarzy.
  4. **Forma zatrudnienia:** umowa cywilno-prawna od dnia podpisania umowy, tj. od dnia 01.01.2020 r. do 31.12.2020 r.
  5. **Miejsce wykonywania usługi:**  
Siedziba Zamawiającego: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Kielcach: Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności 25-555 Kielce ul. Zamenhofa 4 oraz Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności 25-553 Kielce ul. Miodowa 7.  
Zaoferowana cena usługi musi uwzględniać wszystkie wyszczególnione powyżej warunki oraz być określona jednostkowo za wydane orzeczenie. Płatność za świadczone usługi następować będzie w cyklach miesięcznych, po wystawieniu rachunków/faktur przez wykonawcę w terminie 14 dni. Rachunek/Fakturę wraz z oświadczeniem o liczbie wydanych orzeczeń należy dostarczyć do Zamawiającego do 10 dnia miesiąca następującego po miesiącu świadczonej usługi.
  6. W celu potwierdzenia posiadanych kwalifikacji i wymaganego doświadczenia wraz z ofertą specjaliści lekarze zobowiązani są złożyć:
    - a) dyplom ukończenia medycznych studiów wyższych,
    - b) potwierdzenia prawa wykonywania zawodu,
    - c) potwierdzenie uzyskania specjalizacji,
    - d) certyfikaty uprawniające do orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.W celu potwierdzenia posiadanych kwalifikacji i wymaganego doświadczenia wraz z ofertą psychologów zobowiązani są złożyć:
    - dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku psychologia.
  7. Druk oferty stanowi załącznik do niniejszego zapytania ofertowego.  
Oferty należy składać osobiście w sekretariacie Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Kielcach, 25-544 Kielce, ul. Studzienna 2 do dnia 10.12.2019 r. do godziny 12:00 w kopertach z dopiskiem - „Oferta na wykonywanie czynności lekarza – Przewodniczącego Składu Orzekającego lub członka Składu Orzekającego w Miejskim Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności” (decyduje data i godzina wpływu oferty do Ośrodka) Otwarcie ofert nastąpi w dniu 13.12.2019 r. o godzinie 14:00 w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Kielcach, ul. Studzienna 2.

DYREKTOR  
mgr Marek Seelina

## ZAPYTANIE – SONDAŻ RYNKU

1. **ZAMAWIAJĄCY:** Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie 25-544 Kielce, ul. Studzienna 2
2. **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:** wykonywanie czynności lekarza – Przewodniczącego Składu Orzekającego lub członka Składu Orzekającego w Miejskim Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności
3. **TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA:** od dnia 01.01.2020 r. do dnia 31.12.2020 r.
4. **KRYTERIA WYBORU OFERTY:** 100% CENA
5. **INNE ISTOTNE WARUNKI ZAMÓWIENIA:**

Przedmiotem zamówienia jest wykonywanie czynności polegających na wydaniu orzeczenia o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności dla osób wskazanych przez Przewodniczącego Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności. Podstawę do wydania orzeczenia stanowi dokumentacja medyczna zgromadzona w aktach klienta, opinia członków Składu Orzekającego oraz przepisy prawa obowiązujące w tym zakresie.

6. **SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:**

Prosimy o przesłanie oferty wg załącznika – Wzór oferty

7. **MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT:**

Osobiście na adres podany w pkt 1.

**Oferty należy składać do 10.12.2019 r., godz. 12:00**

**Rozstrzygnięcie nastąpi w dniu 13.12.2019 roku.**

8. **Osoba do kontaktu w przedmiotowej sprawie:**

**Imię i nazwisko** Małgorzata Domagała, **tel.** 41 362-46-67

**DYREKTOR**  
*[Podpis]*  
mgr Marek Scelina

.....  
pieczęć adresowa Wykonawcy

.....  
miejsowość, data

## OFERTA

**Do: Miejskiego Ośrodka  
Pomocy Rodzinie  
25-544 Kielce  
ul. Studzienna 2**

Odpowiadając na ogłoszenie dotyczące:

.....

(wpisać przedmiot zamówienia)

składamy ofertę następującej treści:

1. Oferujemy wykonanie zamówienia za cenę netto:.....zł.
2. Obowiązujący podatek VAT .....%, tj. ....zł.
3. Cena brutto:.....zł.

Słownie złotych:.....

.....

4. Przyjmujemy do realizacji warunki postawione przez Zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu.
5. Oświadczamy, że firma jest płatnikiem VAT, o numerze identyfikacyjnym NIP.....

.....  
podpis osoby upoważnionej