**ZAPYTANIE OFERTOWE**

na tłumacza języka migowego – aplikacja zdalna

**Nr postępowania: 04/08/2017/WCH, data: 10.08.2017r.**

1. **NAZWA I ADRES ZAMAWIAJĄCEGO**

Fundacja Aktywizacja

ul. Chałubińskiego nr 9 lok. 9A

02-004 Warszawa

KRS 0000049694

NIP 527-13-11-973

[www.aktywizacja.org.pl](http://www.aktywizacja.org.pl/)

1. **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**
	1. Przedmiotem zamówienia jest zabezpieczenie tłumacza języka migowego – aplikacji zdalnej,
	w 7 placówkach Fundacji w Białymstoku, Łodzi, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie i Warszawie, po 2 punkty na placówkę – łącznie 14 punktów oraz w razie wystąpienia potrzeby, zabezpieczenie standardowej usługi tłumacza języka migowego, realizowanej w formie bezpośredniej.
	2. Celem zamówienia jest zapewnienie tłumaczenia językowego dla uczestników/-czek, w trakcie realizacji działań w ramach projektu „Gotowi do zmian” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
	3. Uczestnikami/-czkami projektu będą osoby z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Działaniami w projekcie objętych będzie 1000 osób z niepełnosprawnościami.
	4. W ramach projektu przewidziano następujące działania dla uczestników/-czek:

- opracowanie (przygotowanie i monitoring) oraz wdrożenie (konsultacje indywidualne) IPD,

- Warsztaty Umiejętności Zawodowych,

- Grupy wsparcia,

- szkolenia wewnętrzne (zawodowe i informatyczne),

- szkolenia zewnętrzne,

- wsparcie instruktora w miejscu przygotowania zawodowego (podczas praktyk, staży, próbek pracy),

- wsparcie pośrednika pracy,

- job crafting,

- wsparcie trenera pracy.

* 1. Przedmiot zamówienia wykonywany będzie w okresie realizacji projektu, od dnia podpisania umowy maksymalnie do dnia **31.03.2018 r.**
	2. Wspólny słownik zamówień (CPV)79540000‐1 ‐ Usługi w zakresie tłumaczeń ustnych

1. **ZADANIA PO STRONIE WYKONAWCY**

**Wykonawca zobowiązany jest do:**

1. zapewnienie dla 7 placówek Zamawiającego po 2 punkty aplikacji zdalnej tłumacza języka migowego do obsługi realizowanych działań projektowych, w zależności od potrzeb związanych z uczestnikami, we wskazanym przez Zamawiającego czasie, miejscu i koniecznym wymiarze;
2. zapewnienia niezbędnego sprzętu, oprogramowania i oprzyrządowania, umożliwiającego realizację zdalnego tłumaczenia języka migowego;
3. w razie wystąpienia potrzeby – zapewnienia usługi tłumacza języka migowego, bez konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów przez Zamawiającego;
4. zapewnienia przeszkolenia personelu Zamawiającego z zakresu obsługi aplikacji;
5. zapewnienia obsługi technicznej aplikacji;
6. terminowego rozliczenia się ze zrealizowanych zadań;
7. współpracy z Zamawiającym (z osobami zaangażowanymi w realizację projektu).
8. **ZADANIA PO STRONIE ZAMAWIAJĄCEGO**

Zamawiający zobowiązuje się do:

1. poinformowania Wykonawcy o potrzebie zrealizowania tłumaczenia w określonym miejscu i dla określonej liczby osób z odpowiednim wyprzedzeniem, umożliwiającym Wykonawcy należyte przygotowanie;
2. zapewnienia odpowiednich warunków realizacji zamówienia.
3. **TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Zamówienie będzie realizowane w okresie od dnia podpisania umowy do dnia 31.03.2018 r.

Miejscem realizacji zamówienia będą placówki prowadzone przez Zamawiającego w Białymstoku, Łodzi, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie i Warszawie.

Zamawiający, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, w porozumieniu z Wykonawcą, zastrzega sobie prawo do wydłużenia bądź skrócenia okresu realizacji Przedmiotu zamówienia.

1. **WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

* 1. dysponują funkcjonującą aplikacją tłumacza języka migowego;
	2. posiadają kadrę, która:

 biegle zna polski język migowy,

 posiada doświadczenie w realizacji tłumaczenia języka migowego podczas różnorodnych zajęć indywidualnych i grupowych, zarówno poprzez aplikację jak i w kontakcie bezpośrednim,

* 1. nie są powiązani kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym.
	2. **DOKUMENTY WYMAGANE W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIENIA WARUNKÓW**

Dokumenty wymagane w celu potwierdzenia spełnienia warunków:

* 1. Wypełniony formularz oferty (załącznik nr 1),
	2. Wykaz doświadczenia zawodowego w zakresie tłumaczeń (załącznik nr 2),
	3. Wykaz doświadczenia zawodowego w pracy z osobami niepełnosprawnymi (załącznik nr 3),
	4. Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym (załącznik nr 4),
	5. Rekomendacje/referencje wystawione przez podmiot/y zlecający/e usługę, dotyczące przeprowadzenia min. 100 godzin tłumaczeń w przedmiocie zamówienia.
1. **WALUTA, W JAKIEJ BĘDĄ PROWADZONE ROZLICZENIA ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ NINIEJSZEGO ZAMÓWIENIA**

Rozliczenia związane z realizacją zamówienia będą prowadzone w PLN.

1. **OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Oferta powinna mieć formę pisemną, być opatrzona pieczątką firmową (jeśli dotyczy), zawierać datę sporządzenia oraz obowiązkowo podpis i pieczątkę imienną Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy.

2. Składając ofertę, Wykonawca musi przedłożyć dokumenty wymienione w pkt. 8 zapytania ofertowego.

3. Wszystkie składane przez Wykonawcę dokumenty powinny zostać złożone w formie oryginału bądź kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.

4. Dokumenty złożone w języku obcym winny być dołączone i przetłumaczone na język polski oraz dodatkowo poświadczone za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę.

5. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez osobę podpisującą ofertę.

6. Zaleca się, aby wszystkie zapisane strony oferty zostały kolejno ponumerowane.

7. Ofertę należy doręczyć w formie pisemnej, drogą pocztową lub osobiście zgodnie z pkt. zapytania ofertowego.

1. **OSOBY UPRAWNIONE DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z POTENCJALNYMI WYKONAWCAMI**

Tomasz Gawski

Fundacja Aktywizacja Siedziba Główna

Adres: ul. Chałubińskiego 9 lok. 9A, 02-004 Warszawa

e-mail: tomasz.gawski@idn.org.pl

1. **MIEJSCE, TERMIN I SPOSÓB ZŁOŻENIA OFERTY**

Prosimy o przesłanie pisemne, mailowo lub dostarczenie osobiście oferty na adres:

e-mail: tomasz.gawski@idn.org.pl

Fundacja Aktywizacja Siedziba Główna

Adres: ul. Chałubińskiego 9 lok. 9A, 02-004 Warszawa

do dnia 16.08.2017r.

Koperta powinna zawierać opis: „Odpowiedź na zapytanie ofertowe na aplikację zdalną - tłumacz języka migowego nr **04/08/2017/WCH, data: 10.08.2017r.**

1. **KRYTERIA OCENY OFERT I WYBORU WYKONAWCY**
2. W celu wyboru najkorzystniejszej oferty Zamawiający dokona oceny i wyboru oferty spośród Wykonawców spełniających warunki określone w punkcie 8 w oparciu o kryterium wyboru: cena i doświadczenie zawodowe.

2. Ocena doświadczenia Wykonawców w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia w okresie ostatnich 3 lat zostanie przeprowadzona w oparciu o przedstawione przez Wykonawców wraz
z ofertą, wykazy doświadczenia, poparte referencjami/rekomendacjami podmiotów zlecających usługę/i, potwierdzającymi fakt jej/ich rzetelnego wykonania.

1. W przypadku stwierdzenia w ofertach/ofercie oczywistych omyłek pisarskich, rachunkowych bądź innych omyłek polegających na niezgodności ofert/oferty z przedmiotowym zapytaniem Zamawiający wezwie Wykonawcę/-ów do sprostowania.

4. Oferty zawierające braki formalne, na prośbę Komisji oceniającej mogą zostać uzupełnione
w określonym przez Komisję terminie. Wyboru najkorzystniejszej oferty dokona Komisja. Od dokonanego wyboru nie przewiduje się odwołań.

* 1. Zamawiający zastrzega sobie możliwość niedokonania wyboru oraz możliwość prowadzenia negocjacji.
1. **SPOSÓB OBLICZENIA CENY OFERTY**

Wagi punktowe lub procentowe przypisane do poszczególnych kryteriów oceny ofert:

Cena brutto: 60 %

Punkty za kryterium "cena" zostaną obliczone na podstawie wzoru:

(najniższa cena brutto analizowanych ofert/cena brutto oferty badanej)x 60 = liczba punktów

Doświadczenie Wykonawcy: 40 %

Punkty za kryterium "doświadczenie" zostaną obliczone na podstawie wzoru:

(uzyskana liczba punktów/max liczba punktów)x40=liczba punktów

Punkty zostaną przyznane według następujących progów: Doświadczenie w zakresie zgodnym
z przedmiotem zamówienia, w okresie ostatnich 3 lat - (spełnione 500 godz. – 40 pkt,
200 godz. – 20 pkt, poniżej 200 godz. – 0 pkt).

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów stanowiącą sumę podanych wyżej kryteriów.

Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji danych przedstawionych w ofercie.

1. **INFORMACJE O FORMALNOŚCIACH, JAKIE POWINNY BYĆ DOPEŁNIONE PO WYBORZE OFERTY W CELU ZAWARCIA UMOWY**

Na podstawie wybranej najkorzystniejszej oferty z Wykonawcą podpisana zostanie umowa cywilno-prawna.

1. **UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA**

Zamawiający zastrzega sobie możliwość unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.
W przypadku unieważnienia postępowania, Zamawiający nie ponosi kosztów postępowania.

1. **FINANSOWANIE**

Zamówienie jest finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach projektu pt. **„Gotowi do zmian”.**

1. **UWAGI KOŃCOWE**

Z możliwości realizacji zamówienia będą wyłączone podmioty, które powiązane są z beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy osobowo lub kapitałowo.

Niniejsze ogłoszenie nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy prawo zamówień publicznych,
a propozycje składane przez zainteresowane podmioty nie są ofertami w rozumieniu kodeksu cywilnego.

Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Zamawiającego do zawarcia umowy. Zamawiający może odstąpić od podpisania umowy bez podania uzasadnienia swojej decyzji.

1. **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

Do zapytania ofertowego dołączono:

1. Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy
2. Załącznik nr 2 – Wykaz doświadczenia w zakresie przedmiotu zamówienia
3. Załącznik nr 3 – Wykaz doświadczenia zawodowego w pracy z osobami niepełnosprawnymi
4. Załącznik nr 4 – Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych

…………………………………….

*(data i podpis)*

*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

………………………………………………….

miejscowość, data

…………………………………………………………

pieczęć firmowa (jeśli dotyczy)

**OFERTA WYKONAWCY**

**w postępowaniu zgodnym z trybem rozeznania rynku**

Nr postępowania **04/08/2017/WCH, data: 10.08.2017 r.**

Wspólny Słownik Zamówień (KOD CPV): 79540000‐1

Imię i nazwisko lub nazwa firmy (jeśli dotyczy) oraz adres Wykonawcy

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

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

email: ...................................................

NIP: ...................................................

REGON: .................................................

**W odpowiedzi na zapytanie ofertowe dotyczące tłumacza języka migowego – aplikacja zdalna w ramach projektu *Gotowi do zmian*** współfinansowanego ze środków  **PFRON** składam ofertę **za następującą cenę:**

**Cena [brutto]\* …………………..…………….................... PLN**

**Cena [netto] ………………..…………………………………. PLN**

**Specyfikacja dot. usługi/towaru: z**g. z przedmiotem zapytania

1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z warunkami niniejszego zapytania i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem/-am informacje konieczne do przygotowania oferty.
2. Oświadczam, że termin związania z ofertą wynosi 30 dni kalendarzowych od dnia upływu terminu składania ofert.
3. W przypadku uznania oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
4. Ofertę niniejszą składam na ........... kolejno ponumerowanych stronach.

………………………………………………………………………………..

*pieczęć i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*

\* W przypadku osób nieposiadających przychodu w wysokości co najmniej najniższej krajowej (zg. z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 września 2013 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2014 r. oraz Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 września 2014 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2015 r.) kwota brutto oznacza kwotę z pełnymi składkami społecznymi oraz ubezpieczeniem zdrowotnym.

*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego **04/08/2017/WCH, data: 10.08.2017 r.,** w ramach projektu pn. „Gotowi do zmian” współfinansowanego ze środków PFRON.

**Doświadczenie w zakresie przedmiotu zamówienia:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Miejscowość | Firma | Liczba godzin | Opis |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |

Inne informacje:

……………………………………… dnia ……………………………..

……………………………………………………..

podpis Wykonawcy

*Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego*

…………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

**Wykaz doświadczenia zawodowego w pracy z osobami niepełnosprawnymi**

Dotyczy zapytania ofertowego **: 04/08/2017/WCH, data: 10.08.2017 r.** w ramach projektu pn. „Gotowi do zmian” współfinansowanego ze środków PFRON.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Liczba godzin** | **Okres wykonywania zadania** | **Pracodawca** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

…….………………………………

(podpis Wykonawcy)

*Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego*

………………, dnia ………………

………………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego **: 04/08/2017/WCH, data: 10.08.2017 r** w ramach projektu pn. „Gotowi do zmian” współfinansowanego ze środków PFRON

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany(a) …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**oświadczam, że** Wykonawca jest/nie jest\* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.
Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym
lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;

b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

……………………………………… dnia ……………………………..

……………………………………………………..

podpis Wykonawcy

\* niepotrzebne skreślić