

ZAPYTANIE OFERTOWE

I. ZAMAWIAJĄCY

1. Stowarzyszenie „Świętokrzyskie Towarzystwo Pomocy Osobom Niepełnosprawnym”; ul. Ściegiennego 207, 25-116 Kielce, KRS: 0000070468 zaprasza do złożenia oferty na realizację usług z zakresu wynajmu krytego maneżu do prowadzenia zajęć hipoterapii.
2. Zamawiający informuje, iż przedmiot oferty finansowany jest przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w związku z realizacją projektu „Zasady wspierania realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, zleczanych organizacjom pozarządowym przez PFRON”.

II OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest świadczenie na rzecz Zamawiającego usługi polegającej na **wynajęciu krytego maneżu do prowadzenia zajęć hipoterapii.**
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo nie dokonywania wyboru żadnej oferty.
3. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.

III OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę, przygotowaną w formie pisemnej pod rygorem nieważności, w języku polskim.
2. Formularz oferty i wszystkie załączone dokumenty podpisuje własnoręcznie osoba reprezentująca Wykonawcę na podstawie wpisu do odpowiedniego rejestru. Wykonawca winien dołączyć do oferty dokument lub dokumenty, z których będzie wynikać uprawnienie do podpisania oferty. Wymagane dokumenty można złożyć w formie kopii, poświadczonych za zgodność z oryginałem.
3. Wykonawca zobowiązany jest załączyć do oferty oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych ze Zleceniobiorcą, zgodny w treści z wzorem nr 1 stanowiącym załącznik do niniejszego zapytania.
4. Złożona oferta musi zawierać minimalnie:
 - pieczęć firmy lub imię i nazwisko
 - datę sporządzenia oferty
 - nazwę, adres lub siedzibę wykonawcy, nr NIP i REGON, numer telefonu, adres e-mail w przypadku osoby fizycznej adres zamieszkania, numer telefonu, adres e-mail.

IV MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferta powinna być przesłana pocztą (tradycyjną, kurierem, mailową) lub dostarczona osobiście na adres: „Świętokrzyskie Towarzystwo Pomocy Osobom Niepełnosprawnym” ul. Ściegiennego 207, 25-116 Kielce; stpon.kielce@gmail.com
W przypadku ofert składanych drogą pocztową decyduje data stempla pocztowego.
2. **Termin składania ofert upływa dnia 30.03.2025 r o godz 12⁰⁰**
3. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
4. Zamawiający odrzuci ofertę, jeżeli jej treść nie odpowiada treści zapytania ofertowego.
5. W konkursie ofert nie mogą brać udziału podmioty powiązane osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym, przy czym 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 przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a Wykonawcą polegające w szczególności na:

- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- posiadaniu udziałów lub co najmniej 10 % akcji;
- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

6. Oferent może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.
7. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.

V INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

1. Zamawiający dokona oceny ważności ofert i wyboru oferty najkorzystniejszej do dnia 31.03.2025 r.
2. Wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostanie ogłoszony w siedzibie stowarzyszenia przy ul. Ściegiennego 207 w Kielcach. Wykonawca wybranej oferty zostanie zawiadomiony dodatkowo telefonicznie.

VI OCENA OFERT

1. Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów.
 - **cena**- waga kryterium- **30%**
 - **doświadczenie Wykonawcy**- waga kryterium- **30%**
 - **kwalifikacje** - waga kryterium- **40%**
2. Ocena doświadczenia Wykonawcy dokonywana będzie w oparciu o przekazane w formie oświadczenia informacje na temat ilości zrealizowanych usług z zakresu objętego zapytaniem ofertowym.
3. Ocena kwalifikacji w oparciu o załączone do oferty kopie odpowiednich certyfikatów/dyplomów.

VII DODATKOWE INFORMACJE

Dodatkowych informacji udziela Pani Prezes Kamila Białek pod nr telefonu 601-903-666

PREZES STPON

Kamila Białek

ŚWIĘTOKRZYSKIE TOWARZYSTWO
POMOCY OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM
25-116 Kielce, ul. Ściegiennego 207
REGON 290745146
NIP 657-18-10-362

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH I OSOBOWYCH
MIĘDZY WYKONAWCĄ A ZAMAWIAJĄCYM**

Niniejszym oświadczam, że firma lub imię i nazwisko:

.....

.....

.....

(pełna nazwa i adres przedsiębiorstwa)

identyfikująca się numerem NIP:

.....,

REGON:

.....

zwaną dalej

„Wykonawcą”

nie jest powiązana osobowo lub kapitałowo z:

Stowarzyszeniem „Świętokrzyskie Towarzystwo Pomocy Osobom Niepełnosprawnym”;

ul. Ściegiennego 207, 25-116 Kielce,

KRS: 0000070468

zwaną dalej

„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 przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a Wykonawcą polegające w szczególności na:

- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- posiadaniu udziałów lub co najmniej 10 % akcji;
- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis osoby uprawnionej do
reprezentowania Wykonawcy