**Zapytanie ofertowe nr 0/2020/03C6**

**dotyczące realizacji projektu pn. „Rozszerzenie działalności Ośrodka Wsparcie Medyczno – Rehabilitacyjnego 65+ w m. Bytom” (RPSL.09.02.03-24-03C6/18-00) w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego**

**1. Nazwa, adres i dane teleadresowe zatrudniającego:**

Przychodnia Lekarska Szombierki Sp. z o. o.

41-907 Bytom, Orzegowska 52a

tel. 32 281 97 94, 791 111 066

**2.Termin składania ofert: 25.08.2020**

**3. Opis zamówienia**

Usługa obejmuje przeprowadzenie działań kwalifikujących kandydatów do projektu unijnego pn.„Rozszerzenie działalności Ośrodka Wsparcia Medyczno – Rehabilitacyjnego 65+ w m. Bytom”

Zlecenie będzie obejmowało przeprowadzenie działań kwalifikujących względem ok. 140 kandydatów aplikujących do udziału w projekcie, w ciągu 8 miesięcy jego trwania.

Okres realizacji zlecenia determinuje czas trwania projektu czyli od września 2020 do kwietnia 2021.

Usługi rekrutacyjne wykonywane będą w Przychodni Lekarskiej Szombierki, przy ulicy Orzegowskiej 52a w Bytomiu, lub w samym Ośrodku Wsparcia Medyczno – Rehabilitacyjnego zlokalizowanym w Bytomiu.

**3. Zakres zadań:**

* przeprowadzenie wywiadu medycznego z kandydatem
* analiza dokumentacji medycznej kandydata
* wypełnienie karty kwalifikacyjnej (w dedykowanym zakresie)
* przygotowanie indywidualnego programu działania
* biegła znajomość warunków Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie pn. „Rozszerzenie działalności Ośrodka Wsparcia Medyczno – Rehabilitacyjnego 65+ w Mieście Bytom”

**4. Wymagania obligatoryjne wobec osoby aplikującej:**

* posiada wykształcenie: średnie medyczne w zawodzie pielęgniarka/pielęgniarz,licencjat pielęgniarstwa lub tytuł magistra pielęgniarstwa oraz prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej;
* posiada pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzysta z pełni praw publicznych;
* nie została skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne;
* posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu pielęgniarki/pielęgniarza;
* Mile widziane doświadczenie w pracy z osobami starszymi.

**5. Sposób przeprowadzenia naboru:**

Formularz ofertowy wraz z załącznikami 3-7 należy składać w formie elektronicznej lub papierowej.

* W formie elektronicznej skany dokumentów należy wysłać pod adres e:mailowy: biuro@przychodniaszombierki.pl, w tytule wiadomości wskazane jest zawarcie zwrotu „Oferta wykonania usługi w ramach projektu pn. Rozszerzenie działalności Ośrodka Wsparcia Medyczno – Rehabilitacyjnego 65+ w Bytomiu ”
* W formie papierowej - osobiście, pocztą lub przez kuriera na adres podany w zapytaniu ofertowym (pkt.1). Dokumenty należy umieścić w kopercie opisanej: „Oferta wykonania usługi w ramach projektu pn. „Rozszerzenie działalności Ośrodka Wsparcia Medyczno – Rehabilitacyjnego 65+ w Bytomiu ”

b. Z wybranymi kandydatami planowane są rozmowy kwalifikacyjne. W przypadku istotnych rozbieżności pomiędzy kwotą wynagrodzenia przewidzianą w budżecie, a kwotą podaną przez Kandydata, zatrudniający dopuszcza negocjacje w celu obniżenia kwoty podanej przez Kandydata/kę. Rozmowa ma charakter indywidualny, tj. bierze w niej udział jednorazowo tylko jeden Kandydat/ka

c. Po zakończeniu rozmów kwalifikacyjnych wybrany zostanie Wykonawca któremu zaproponowane zostanie zatrudnienie.

d. Zatrudniający zastrzega sobie możliwość odwołania przedmiotowego naboru w każdym czasie bez podania przyczyny oraz bez ponoszenia dodatkowych kosztów

e. W toku oceny Kandydatów Zatrudniający może żądać od Kandydata wyjaśnień dotyczących treści złożonych dokumentów oraz potwierdzenia zawartych w ofercie informacji.

W przypadku nie przestawienia przez Kandydata satysfakcjonujących Zatrudniającego dokumentów potwierdzających przedstawiane informacje, Zatrudniający ma prawo odstąpić od podpisania umowy (odrzucając jednocześnie kandydaturę) bez ponoszenia odpowiedzialności,   
 w tym odszkodowawczej.

f. Dodatkowych informacji odnośnie naboru udziela Pani Anna Plata (adres email: biuro@przychodniaszombierki.pl, tel. 791 111 066).

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma:  (opcjonalnie) |  |
| Imię i nazwisko: |  |
| Adres: |  |
| Tel: |  |
| e-mail: |  |

|  | | |
| --- | --- | --- |
| 1. | Proponowana wysokość wynagrodzenia brutto za działania kwalifikujące 1 Kandydata na Uczestnika projektu | ………………….….…….…….. zł |

\* kwota powinna uwzględniać wszystkie koszty realizacji zadania w tym podatki i daniny publiczne (ZUS)

…................................ …....................................................................

(miejscowość i data) (podpis Oferenta)