

STAROSTA RACIBORSKI

działając na podstawie art. 6a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721 ze zm.) ogłasza zapytanie ofertowe z zakresu orzekania o niepełnosprawności w ramach Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Raciborzu.

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAPYTANIA

1. Przedmiotem zapytania jest usługa polegająca na przewodniczeniu składowi orzekającemu o niepełnosprawności osób, które nie ukończyły 16 roku życia lub orzekanie o stopniu niepełnosprawności osób, które ukończyły 16 rok życia.
2. Usługa, będzie wykonywana w siedzibie Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Raciborzu ul. Gamowska 3 od 1 stycznia 2017 r. lub 1 lipca 2017 r.

II. ISTOTNE WARUNKI REALIZACJI ZAMÓWIENIA

1. Usługę może świadczyć Oferent, który:
 - 1) posiada prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) posiada specjalizację co najmniej I stopnia w jednej z dziedzin mających zastosowanie w procesie orzekania o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności:
 - chorób wewnętrznych,
 - pediatrii,
 - psychiatrii,
 - okulistyki,
 - otolaryngologii,
 - neurologii,
 - urologii,
 - ortopedii.
2. Oferent, którego Starosta Raciborski powoła do składu Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Raciborzu zobowiązany będzie do odbycia szkolenia prowadzonego przez Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Katowicach oraz złożenia z wynikiem pozytywnym testu sprawdzającego w zakresie objętym szkoleniem.
3. Warunek, o którym mowa w ust. 2 nie dotyczy osób, które posiadają aktualne zaświadczenie uprawniające do orzekania o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności.
4. Usługa świadczona będzie na podstawie umowy cywilno – prawnej zawartej pomiędzy Oferentem a Przewodniczącym Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności.

III. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA ORAZ MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

1. Ofertę należy sporządzić wypełniając formularz oferty zgodnie ze wzorem, stanowiącym załącznik do niniejszego zapytania.
2. **Oferty należy składać w terminie do dnia 1 sierpnia 2016 r. do godz. 15³⁰:**
 - 1) osobiście w siedzibie zamawiającego – Starostwo Powiatowe w Raciborzu, Plac Okrzei 4 – Biuro Obsługi Klienta (parter).
 - 2) elektronicznie na adres – spoleczny@powiatraciborski.pl

- 3) listownie – decyduje data wpływu do Starostwa Powiatowego w Raciborzu.
3. **UWAGA:** Oferty, które zostaną złożone po terminie, nie będą rozpatrywane.
 4. Osobą upoważnioną do kontaktu z Oferentami jest Aleksander Kasprzak Kierownik Referatu Spraw Społecznych Starostwa Powiatowego w Raciborzu, Plac Okrzei 4, pokój 9B, tel: 32 45 97 347, fax: 32 45 97 387, e-mail: spoleczny@powiatraciborski.pl.
 5. Za kompletność oferty odpowiada Oferent.
 6. Zamawiający niezwłocznie powiadomi Oferentów o dokonanym wyborze.

Publikacja niniejszego zaproszenia do składania ofert nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego i otrzymanie w jego konsekwencji oferty nie jest równorzędne ze złożeniem zamówienia przez Starostę Raciborskiego i nie stanowi podstawy do roszczenia sobie praw ze strony Oferenta do zawarcia umowy.

OFERTA

Składający ofertę:

Imię

Nazwisko

Adres zamieszkania

Telefon /faks/e-mail

Zobowiązania Oferenta:

1. Oświadczam że:

- 1) zapoznałam się/zapoznałem się* z postanowieniami zapytania ofertowego i akceptuję wszystkie określone tam warunki,
- 2) posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
- 3) posiadam specjalizację co najmniej I stopnia w dziedzinie:
 - chorób wewnętrznych,
 - pediatrii,
 - psychiatrii,
 - okulistyki,
 - otolaryngologii,
 - neurologii,
 - urologii,
 - ortopedii.*

2. Składając niniejszą ofertę zobowiązuję się, w przypadku powołania przez Starostę Raciborskiego do składu Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Raciborzu, do odbycia szkolenia prowadzonego przez Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Katowicach oraz złożenia testu sprawdzającego w zakresie objętym szkoleniem.

.....
(podpis Oferenta)

*niepotrzebne skreślić