



ZAPYTANIE OFERTOWE

Dotyczące:

**Zakupu sprzętu inwestycyjnego NeuroTAB z akcesoriami
projektu współfinansowanego ze środków PFRON**

**„Razem z nAMI możesz więcej – działania terapeutyczne i rehabilitacyjne skierowane
dla dzieci z niepełnosprawnością”**

II okres realizacji 01.04.2025 – 31.03.2026

TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA

1. Zapytanie ofertowe zgodne z wymaganiami „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności kosztów w ramach art. 36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych” stanowiących załącznik nr 8 do „Zasad wspierania realizacji zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, zleczanych organizacjom pozarządowym przez PFRON”.
2. Niniejsze postępowanie o udzielenie zamówienia nie podlega przepisom ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. 2017 poz. 1579 ze zm.). W niniejszym postępowaniu przepisy tej ustawy stosuje się odpowiednio, o ile Zapytanie ofertowe zawiera odesłanie do tych uregulowań, jak również w celu ustalenia definicji pojęć występujących w Zapytaniu ofertowym.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Zapytaniem ofertowym obowiązują przepisy zawarte w kodeksie cywilnym.

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest:

**Zakupu sprzętu inwestycyjnego NeuroTAB z akcesoriami
do zajęć rehabilitacyjnych z dziećmi z niepełnosprawnościami**

w związku z realizacją projektu „Razem z nAMI możesz więcej – działania terapeutyczne i rehabilitacyjne skierowane dla dzieci z niepełnosprawnością” II rok współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) w ramach zadania zleconego ogłoszenia konkursu nr 1/2023 „Możemy więcej” z dnia 12.10.2023 r.

2. Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych
3. Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert wariantowych.

TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin wykonania przedmiotu zamówienia w siedzibie Zamawiającego: **do dnia 03.10.2025 r.**

INFORMACJA O OŚWIADCZENIACH I DOKUMENTACH, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY

- 1) Oferta powinna być sporządzona na formularzu ofertowym, którego wzór stanowi Załącznik nr 1 do Zapytania Ofertowego.
- 2) Oferta wymaga wypełnienia oświadczenia o braku powiązań kapitałowych lub osobowych, którego wzór stanowi Załącznik nr 2 do Zapytania Ofertowego.

Wesprzyj naszą działalność : LBS35 9279 0007 0031 9870 2000 0010

Siedziba Fundacji: ul. Getta Żydowskiego 34, 98-220 Zduńska Wola, tel. 43 656 95 05, 504 204 890
www.ami.org.pl E-mail: fundacja.ami@ami.org.pl, Biuro Sieradz: ul.
Warcka 3, 98-200 Sieradz, tel. 43 656 95 63, 789 057 557 e mail: sieradz.ami@ami.org.pl



- 3) Opcjonalnie dokumentacja w tym m.in. specyfikacja urządzenia jeśli zapytanie ofertowe dotyczy urządzenia lub sprzętu do rehabilitacji

OSOBY UPRAWNIONE DO KONTAKTU Z WYKONAWCAMI

Osoba uprawniona do kontaktu:

Anna Rutkowska, tel. 512 994 989 e-mail: fundacja.ami@wp.pl
strona internetowa zamawiającego: www.ami.org.pl

OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferta musi mieć formę pisemną i być sporządzona w języku polskim.
2. Oferta powinna zawierać:
 - a. imię, nazwisko, firmę, nazwę i dokładny adres Wykonawcy, datę sporządzenia oferty oraz imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy;
 - b. własnoręczny podpis wykonawcy bądź osób mających prawo zaciągać zobowiązania w jego imieniu;

MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

Oferty można składać:

- Poczta lub osobiście na adres:
Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym AMI
ul. Getta Żydowskiego 34
98-220 Zduńska Wola
lub
- przesłać skan oferty e-mailem na adres:
fundacja.ami@wp.pl, biuro@ami.org.pl
w nieprzekraczalnym terminie: **26.09.2025 r. do godz. 12.00**

OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE KIEROWAŁ SIĘ PRZY WYBORZE OFERTY, WRAZ Z PODANIEM ZNACZENIA TYCH KRYTERIÓW

Zamawiający przyzna kontrakt Wykonawcy, którego oferta:

- a. odpowiada wymaganiom przedstawionym w niniejszej dokumentacji,
- b. posiada najkorzystniejszą specyfikację urządzenia jak najlepiej dostosowaną do terapii dzieci z niepełnosprawnościami realizowanych w placówce Zamawiającego,
- c. posiada przystępną obsługę zestawu urządzenia do terapii,
- d. zaoferował najkorzystniejszą ofertę cenową.

Zapytanie ofertowe dostępne jest na stronie internetowej Zamawiającego www.projekty.ami.org.pl

Wesprzyj naszą działalność : LBS35 9279 0007 0031 9870 2000 0010

Siedziba Fundacji: ul. Getta Żydowskiego 34, 98-220 Zduńska Wola, tel. 43 656 95 05, 504 204 890
www.ami.org.pl E-mail: fundacja.ami@ami.org.pl, Biuro Sieradz: ul.
Warcka 3, 98-200 Sieradz, tel. 43 656 95 63, 789 057 557 e mail: sieradz.ami@ami.org.pl



OFERTA

Załącznik nr 1

Dot.

.....
.....

w ramach projektu współfinansowanego ze środków PFRON

„Razem z nAMI możesz więcej – działania terapeutyczne i rehabilitacyjne skierowane dla dzieci z niepełnosprawnością” II okres realizacji 01.04.2025 – 31.03.2026

Dane dotyczące oferenta:

Nazwa

Siedziba

Nr telefonu/faksu

NIP:

Oferujemy sprzedaż

.....
.....

zgodnie z Zapytaniem Ofertowym za łączną kwotę:

netto: zł (słownie zł),

brutto:zł (słownie zł),

w tym podatek VAT w wysokości:% tj. zł.

Oświadczamy, że oferowana cena za całość zamówienia zawiera wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią zapytania i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.

Oświadczamy, że posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

Oświadczamy, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia

.....
(podpis upoważnionego przedstawiciela oferenta)

Wesprzyj naszą działalność : LBS35 9279 0007 0031 9870 2000 0010

Siedziba Fundacji: ul. Getta Żydowskiego 34, 98-220 Zduńska Wola, tel. 43 656 95 05, 504 204 890
www.ami.org.pl E-mail: fundacja.ami@ami.org.pl, Biuro Sieradz: ul.
Warcka 3, 98-200 Sieradz, tel. 43 656 95 63, 789 057 557 e mail: sieradz.ami@ami.org.pl



Załącznik nr 2

....., dnia

OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ KAPITAŁOWYCH LUB OSOBOWYCH

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

Dane Wykonawcy

Dotyczy zapytania ofertowego z dnia na **Zakup sprzętu inwestycyjnego NeuroTAB z akcesoriami** do zajęć rehabilitacyjnych z dziećmi z niepełnosprawnościami w ramach projektu „Razem z nAMI możesz więcej – działania terapeutyczne i rehabilitacyjne skierowane dla dzieci z niepełnosprawnościami” II okres realizacji 01.04.2025 – 31.03.2026 współfinansowanego ze środków PFRON w ramach zadania zleconego ogłoszenie konkursu nr 1/2023 „Możemy więcej” z dnia 12.10.2023 r.

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.

* Niepotrzebne skreślić

....., dnia

podpis Wykonawcy

Wesprzyj naszą działalność : LBS35 9279 0007 0031 9870 2000 0010

Siedziba Fundacji: ul. Getta Żydowskiego 34, 98-220 Zduńska Wola, tel. 43 656 95 05, 504 204 890
www.ami.org.pl E-mail: fundacja.ami@ami.org.pl, Biuro Sieradz: ul.
Warcka 3, 98-200 Sieradz, tel. 43 656 95 63, 789 057 557 e mail: sieradz.ami@ami.org.pl