



Fundusze Europejskie
Program Regionalny

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

28-400 Pińczów

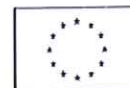
ul. Zacisze 5

tel. 76 60 01, fax 041 357 44 44



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



**DYREKTOR POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY
RODZINIE W PIŃCZOWIE
POSZUKUJE FIZJOTERAPEUTY
DO PRZEPROWADZENIA WARSZTATÓW TRENING AKTYWNOŚCI
W RAMACH PROJEKTU „UWIERZ W SIEBIE-POMOCNA DŁOŃ”**

Nazwa i adres jednostki:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pińczowie ul. Zacisze 5 , 28-400 Pińczów

I. Przedmiot naboru:

Stanowisko: fizjoterapeuta

Rodzaj umowy o pracę: umowa zlecenie

Miejsce wykonywania pracy: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pińczowie

II. Wymagania niezbędne:

1. Wykształcenie wyższe zawodowe- fizjoterapeuta.
2. Pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystania z pełni praw publicznych.
3. Niekaralność prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.
4. Nieposzlakowana opinia.

III. Wymagania dodatkowe:

1. Umiejętność pracy w zespole.
2. Odpowiedzialność, komunikatywność, rzetelność.
3. Umiejętność zachowania pełnej dyskrecji.
4. Samodzielność w wykonywaniu powierzonych zadań.
5. Umiejętność pracy z osobami niepełnosprawnymi.
6. Kreatywność.
7. Prawo jazdy Kat B.

IV. Wymagane dokumenty:

1. CV.
2. Kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje i doświadczenie zawodowe.
3. Oświadczenie o niekaralności za przestępstwa popełnione umyślnie lub umyślne przestępstwo skarbowe. Zał. Nr 1
4. Oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych i korzystaniu z pełni praw publicznych. Zał. Nr 2

5. Wymagane dokumenty aplikacyjne powinny być opatrzone klauzulą:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie pracy dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 24.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 r. poz. 1000).

Miejsce i termin złożenia dokumentów:

Dokumenty należy złożyć osobiście lub pocztą na adres:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Zacisze 5, 28-400 Pińczów z dopiskiem:
w nieprzekraczalnym terminie do dnia **13 grudnia 2019r. do godz. 10.00.**

Informacja o wyniku naboru będzie ogłoszona na stronie internetowej PCPR w Pińczowie
www.pcpr.pinczow.pl

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
28-400 Pińczów
ul. Zacisze 5
041 357 60 01, fax 041 357 60 07

D Y R E K T O R
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Pińczowie
mgr Joanna Słonina



Fundusze Europejskie
Program Regionalny

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

28-400 Pińczów

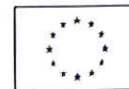
ul. Zacisze 5

041 357 60 01, fax 041 357 60 07



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Pińczów, 03.12.2019r.

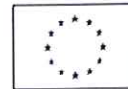
ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY CENOWEJ W PROWADZONYM ROZPOZNANIU CENOWYM NA

ŚWIADCZENIE USŁUG PRZEZ FOZJOTERAPEUTĘ W ZAKRESIE TRENINGU AKTYWNOŚCI W RAMACH PROJEKTU „UWIERZ W SIEBIE-POMOCNA DŁOŃ”

Mając na względzie postanowienia art. 4 pkt. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych i obowiązki wynikające z art. 35 ust. 3 ustawy o finansach publicznych zapraszam do złożenia oferty cenowej na załączonym druku „oferta cenowa”.

1. Zakres rzeczowy świadczenia usługi został określony w załączniku nr 1 do zaproszenia, który stanowi integralną część zaproszenia.
2. Oferowana cena musi uwzględniać wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia, w tym należny podatek VAT.
3. Zamawiający dokona wyboru wykonawcy, którego zakres rzeczowy złożonej oferty jest zgodny z wymaganiami zamawiającego i zaoferuje najniższą cenę.
4. Zamawiający informuje, że zgodnie z zawartą umową o dofinansowanie w pierwszej kolejności zamówienie będzie udzielane Podmiotowi Ekonomii Społecznej (PES). W przypadku przekroczenia kwoty przeznaczonej na realizację zamówienia przez PES lub niezłożenia oferty przez PES będą rozpatrywane oferty innych podmiotów.
5. Ofertę cenową należy złożyć w nieprzekraczalnym terminie do dnia 13.12.2019 godzina 10.00 w sekretariacie PCPR-u w Pińczowie ul. Zacisze 5 pok. Nr 3. Oferty, które wpłyną po tym terminie nie będą rozpatrywane i zostaną zwrócone bez otwierania.
6. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie, zapieczętowanej w sposób gwarantujący zachowanie w poufności jej treści oraz zabezpieczającej jej nienaruszalność do terminu otwarcia ofert. Na kopercie oferty należy zamieścić następujące informacje: „**Trening aktywności - fizjoterapeuta**„ Nie otwierać przed 13.12.2019r. godz. 10.00.
7. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 13.12.2019r. o godz. 10.15 w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pińczowie, ul. Zacisze 5; 28-400 Pińczów.

D Y R E K T O R
..... Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie w Pińczowie
Podpis
Dyrektora PCPR w Pińczowie
mgr Joanna Siołka



ZAŁĄCZNIK NR 1

Przedmiot zamówienia obejmuje:

Świadczenie usług przez fizjoterapeutę w zakresie WARSZTATÓW TRENING AKTYWNOŚCI dla osób niepełnosprawnych w ramach projektu pn. „Uwierz w siebie-pomocna dłoń” współfinansowanego w ramach 9 Osi Priorytetowej – „Włączenie społeczne i walka z ubóstwem”, Poddziałanie 9.2.1 – „Rozwój wysokiej jakości usług społecznych” Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020.

1. Forma umowy: umowa cywilnoprawna z osobami fizycznymi.
2. Okres świadczenia usług: od dnia podpisania umowy do **31.07.2020r.**
3. Zakładana łączna liczba godzin udzielanego wsparcia w okresie umownym: **210 godzin.**
4. Wykonawca nie może pobierać opłat od uczestników za świadczone w ramach umowy usługi.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość odstąpienia od realizacji zadania w wyniku nie przyznania dofinansowania z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Projekt pn. „Uwierz w siebie-pomocna dłoń”.

Wykonawca zobowiązany będzie poddać się kontroli PCPR w Pińczowie oraz Instytucji Zarządzającej RPO WŚ na lata 2014-2020.

D Y R E K T O R
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Pińczowie

mgr Joanna Słojina

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
23-400 Pińczów
ul. Zacisze 5
tel. 041 357 60 01, fax 041 357 60 07



.....

Pieczętka Oferenta / Wykonawcy
Podmiot Ekonomii Społecznej / inny wykonawca*

.....

Miejscowość, data

W przypadku złożenia oferty przez PES do oferty należy dołączyć dokumenty potwierdzające ten fakt.

OFERTA CENOWA

„Świadczenie usług przez fizjoterapeutę w zakresie treningu aktywności” w ramach realizacji Projektu „Uwierz w siebie-pomocna dłoń”

Oferuję realizację przedmiotu zamówienia:

ZA CENĘ BRUTTO ZA 1 GODZINĘ : ZŁ

SŁOWNIE:

INTEGRALNĄ CZĘŚĆ OFERTY CENOWEJ STANOWI ZAŁĄCZNIK NR 1

Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa

.....

Imię i Nazwisko osoby (osób) upoważnionych do podpisania umowy

.....

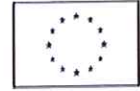
Numer telefonu:

Numer faksu:

Numer NIP:

E-mail:

- Oświadczam, że cena brutto obejmuje wszystkie koszty realizacji przedmiotu zamówienia,
- Oświadczam, że posiadam stosowne uprawnienia do podpisania umowy i realizacji przedmiotu zamówienia,



1. Oświadczam, że uzyskałem od Zamawiającego informacje niezbędne do rzetelnego sporządzenia niniejszej oferty zgodnie z wymogami określonymi w załączniku Nr 1 do zaproszenia,
2. Oświadczam, że zapoznałem się z załącznikiem nr 1 i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uznaję się za związanego z postanowieniami oferty cenowej przez okres 30 dni od daty złożenia oferty,
3. Oświadczam, że zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do wykonania przedmiotu zamówienia na warunkach, w miejscu i terminie określonych przez Zamawiającego.

..... dnia

.....

imię i nazwisko, podpis osoby/osób
upoważnionych do składania oświadczeń woli



OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE TYTUŁU UBEZPIECZENIA ZLECENIOBIORCY*

Nazwisko.....

Imię

Imiona rodziców

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL

Miejsce zamieszkania:

Gmina.....kod pocztowy.....

Miejscowość.....

Ulica.....nr domulok.....

Oddział NFZ.....

Urząd Skarbowy.....

Nr konta osobistego i nazwa banku:.....

Oświadczam, jako zleceniobiorca tej umowy, że:

1. Jestem równocześnie zatrudniony na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej (bez względu na wymiar czasu pracy TAK/NIE*

2. Wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto wynosi:

- co najmniej minimalne wynagrodzenie TAK/NIE*

- mniej niż minimalne wynagrodzenie TAK/NIE*

3. Wykonuję umowę zlecenia u innego zleceniodawcy TAK/NIE*

W przypadku udzielenia odpowiedzi TAK oświadczam, że umowa została zawarta na okres od dnia..... do dnia..... Z tytułu wykonywania tej umowy zlecenia uzyskuję/uzyskałam/przychód miesięczny będący podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne:

- w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia TAK/NIE*

- w wysokości mniej niż minimalnego wynagrodzenia TAK/NIE*

4. Jestem już ubezpieczony z innych tytułów niż pkt 1 i 3

(określić tytuł ubezpieczenia, nazwę i adres firmy, działalności itp.)

5 Jestem emerytem/rencistą TAK/NIE* - numer legitymacji.....

6 Jestem osobą bezrobotną TAK/NIE*

7 Jestem uczniem/studentem i nie ukończyłem/am 26 lat TAK/NIE*(jeśli TAK proszę dostarczyć zaświadczenie z uczelni)

8 Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności TAK/NIE*. Jeśli odpowiedź brzmi TAK, określić orzeczony stopień niepełnosprawności.....

Oświadczam, że o wszystkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia uprzedzę Zleceniodawcę na piśmie. Wszelkie szkody i koszty wynikające ze zmiany treści oświadczenia zobowiązuję się pokryć z własnych środków

*Zaznaczyć właściwe

Miejscowość, data.....

.....
Czytelny podpis wypełniającego



KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCĄ POZYSKIWANIA DANYCH OSOBOWYCH OD OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ

W związku z realizacją przez Powiat Pińczowski projektu pn. „Uwierz w siebie – pomocna dłoń” i potrzebą spełnienia obowiązku prawnego wynikającego z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dn. 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z dn. 04.05.2016 r., s. 1), informujemy osoby, które przystąpiły do w/w Projektu, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest:
 - w odniesieniu do zbioru: Baza danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 -2020 jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący role Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielce 3, 25-516 Kielce;
 - w odniesieniu do zbioru Centralny System Teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
- 2) Możecie Państwo skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych:
 - w zakresie - bazy danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Świętokrzyskiego: e-mail iod@sejmik.kielce.pl;
 - w zakresie - centralnego systemu teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych: e-mail iod@miir.gov.pl;
- 3) Państwa dane osobowe przetwarzane są/będą w celu realizacji projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WŚ 2014 – 2020, a także w celach związanych z rozliczeniem projektu, zachowaniem trwałości projektu, w celach archiwalnych oraz statystycznych;
- 4) Przetwarzanie Państwa danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. b) i c) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) i g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1), dalej zwane RODO;
- 5) Odbiorcami Państwa danych osobowych będą: Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Świętokrzyskiego 2014 – 2020, Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, Partner oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Świętokrzyskiego 2014 – 2020, oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WD 2014 – 2020;

- 6) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby rozliczenia projektu oraz do czasu zakończenia archiwizowania dokumentacji;
- 7) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
- 8) Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu. W tym przypadku nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie Państwa danych jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wynikającego z przetwarzania danych na mocy prawa Unii oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają Administratorzy;
- 9) Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uznacie, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

Pińczów, dn.

Załącznik nr 2

.....

(miejsowość, data)

.....

(imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie posiadam / posiadam*) pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystania z pełni praw publicznych.

.....

(podpis)

Załącznik nr 1

Oświadczenie kandydata o niekaralności.

Ja, niżej podpisany/a.....

zamieszkały/a

legitymujący/a się dowodem osobistym seria Nr

wydanym przez

świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 Kodeksu karnego za składanie
fałszywych zeznań oświadczam, że nie byłem/am karany/a za przestępstwa popełnione
umyślnie (w tym przestępstwa skarbowe).

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)