Kielce, dnia 06.03.2018 r.

**ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT**

Zakład Doskonalenia Zawodowego w Kielcach ul. Paderewskiego 55 zaprasza do złożenia oferty na:

**„Ubezpieczenie Uczestników/Uczestniczek Projektu”**

w celu realizacji Projektu pn. *„MŁODZI NA START! Program aktywizacji zawodowej osób młodych do 29r.ż. w województwie świętokrzyskim (II edycja)”*

1. Przedmiot zamówienia został określony w szczegółowej charakterystyce przedmiotu zamówienia stanowiącej załącznik nr 1 do Zaproszenia do składania ofert.
2. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych.
3. Oferty należy składać na formularzu stanowiącym załącznik nr 2 do Zaproszenia **do dnia   
   09.03.2018 r. do godz. 10:00 .**
4. Oferta winna być złożona w jednej z następujących form:

- w zamkniętej kopercie z opisem **„Ubezpieczenie Uczestników/Uczestniczek Projektu” w celu realizacji projektu** *„MŁODZI NA START! Program aktywizacji zawodowej osób młodych do 29r.ż. w województwie świętokrzyskim (II edycja)”*

**NIE OTWIERAĆ przed 09.03.2018 r. godz. 10:00**

- w Sekretariacie Zakładu Doskonalenia Zawodowego, Biuro Zarządu ul. Śląska 9, 25-328 Kielce.

1. Jedynym kryterium oceny ofert jest cena 100%.
2. Zamawiający dokona zapłaty na podstawie faktury/rachunku/wystawionych polis, przelewem na konto Wykonawcy wskazane na fakturze/rachunku/wystawionej polisy w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej polisy. Polisy będą wystawiane przed rozpoczęciem planowanego w ramach projektu wsparcia dla całej grupy docelowej tj. 156 osób – na doradztwo zawodowe, kursy i staże. Dopuszczalne jest wystawienie całej polisy na cały okres trwania projektu.
3. W razie wątpliwości proszę o kontakt e-mailowy [jjakobik@zdz.kielce.pl](mailto:jjakobik@zdz.kielce.pl) lub telefoniczny 041/ 366-47-91 w. 131. Osoba do kontaktu: Jowita Stachura - Jakóbik.

Anna Kruk

St. referent ds. Zamówień Publicznych

i Kontraktowania Wydatków

**Załączniki:**

1. Charakterystyka przedmiotu zamówienia

2. Formularz ofertowy

**Załącznik nr 1**

**CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

ubezpieczenie Uczestników Projektu w trakcie:

* wsparcia doradczego (doradztwo indywidualne i grupowe) – NNW,
* kursów zawodowych – NNW + OC,
* staży u pracodawców – NNW + OC.

w ramach Projektu pn. *„MŁODZI NA START! Program aktywizacji zawodowej osób młodych do 29r.ż. w województwie świętokrzyskim (II edycja)”* finansowanego w ramach Poddziałania 1.2.1 *Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego* Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Warunki Ubezpieczenia **156 Uczestników/Uczestniczek Projektu** na doradztwie zawodowym, kursach i stażach u pracodawców od NNW + OC. Cena składki ubezpieczeniowej ma obejmować:

|  |  |
| --- | --- |
| ***Świadczenia*** | ***Sumy ubezpieczenia minimum na kwotę:*** |
| Świadczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu | 25.000,00 zł |
| Podwójne świadczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu | 50.000,00 zł |
| Świadczenie na wypadek śmierci w wyniku NW | 12.500,00 zł |
| Przeszkolenie zawodowe inwalidów | 5.000,00 zł |
| Zawał serca albo udar mózgu dla osób poniżej 30. roku życia | 5.000,00 zł |
| Zasiłek szpitalny | 20,00 zł |
| Koszty leczenia | 2.000,00 zł |
| ***Świadczenia opiekuńcze na terenie Rzeczypospolitej Polskiej*** | ***limity:*** |
| Wizyta lekarza | 500,00 zł |
| Wizyta pielęgniarki | 500,00 zł |
| Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza | 100,00 zł |
| Transport medyczny z osobą bliską z miejsca zachorowania lub wypadku do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego | 1.000,00 zł |
| Transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do miejsca zamieszkania | 1.000,00 zł |
| Transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do placówki medycznej | 500,00 zł |
| Organizacja procesu rehabilitacyjnego | 700,00 zł |
| Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego | 500,00 zł |
| Pomoc domowa | 300,00 zł |
| Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi | 450,00 zł |
| Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi w razie ich nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku | 200,00 zł |
| Opieka pielęgniarki po hospitalizacji | 1.500,00 zł |
| Opieka psychologa | 500,00 zł |
| Zdrowotne usługi informacyjne | usługi |

Za koszty leczenia uznaje się:

1. honoraria lekarskie;
2. koszty leczenia ambulatoryjnego (szpitalnego);
3. koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym;
4. koszty lekarstw i innych medykamentów;
5. koszty operacji plastycznych;
6. koszty transportu medycznego środkami ratownictwa medycznego jakiego wymaga stan zdrowia Ubezpieczonego;
7. koszty zakupu protez i środków pomocniczych;
8. koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
9. koszty zakupu środków opatrunkowych;
10. koszty zakupu wózka inwalidzkiego;
11. koszty zdjęć rentgenowskich, USG i innych badań diagnostycznych niezbędnych w procesie leczenia powypadkowego.

Odpowiedzialność cywilna za szkody osobowe i rzeczowe w związku z uczestnictwem w kursach, stażach (zajęcia praktyczne) obejmująca ochroną ryzyko:

* odpowiedzialności za szkody w nieruchomościach,
* odpowiedzialności za szkody spowodowane w urządzeniach lub instalacjach w trakcie wykonywania prac,
* Suma Gwarancyjna (SG) – 50 tysięcy złotych.

Włączenie do ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej polegającej na refundacji kosztów koniecznych dla:

* obrony przed roszczeniami odszkodowawczymi osób trzecich z tytułu czynów niedozwolonych,
* dochodzenia roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych,
* Suma Ubezpieczenia (SU) – 30 tysięcy złotych.

**Wsparcie doradcze** będzie zorganizowane w okresie od I do IV kwartału 2018 roku.

Okres ubezpieczenia: od daty uruchomienia wsparcia doradczego do jego zakończenia, zgodnie z harmonogramem (maksymalnie 1,5 miesiąca).

***Forma ubezpieczenia bezimienna.***

**Kursy** będą zorganizowane w okresie od II kwartału 2018 roku do I kwartału 2019r.

Okres ubezpieczenia: od daty uruchomienia kursu do jego zakończenia, zgodnie z harmonogramem (maksymalnie 3 miesiące).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kurs** | **Chmielnik** | **CKZ Kielce** | **Końskie** | **Ostrowiec Św.** | **Sandomierz** | **Skarżysko-Kam.** | **Starachowice** | **Włoszczowa** | **LICZBA GRUP\*** | **Przybliżony czas trwania kursu w miesiącach** |
| 1. | **Kierowca operator wózków jezdniowych** (112h) |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | 1 |
| 2. | **Technolog robót wykończeniowych w budownictwie** (200h) |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| 3. | **Elektryk** (200h) |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| 4. | **Kucharz-dietetyk** (160h) |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 | 2 |
| 5. | **Pracownik hurtowni i magazynu z obsługą wózków jezdniowych podnośnikowych** (232h) |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | 2 |
| 6. | **Spawanie blach i rur spoinami pachwinowymi  metodą MAG + spawanie blach i rur spoinami pachwinowymi metodą TIG + kurs ręcznego cięcia termicznego i plazmowego** (342h) – 2 grupy szkoleniowe |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | 3 |

\*każda grupa szkoleniowa będzie liczyła średnio 12 osób

***Forma ubezpieczenia bezimienna.***

**Staże** u pracodawców będą realizowane w okresie od II kwartału 2018 roku do II kwartału 2019 roku.

Okres ubezpieczenia: od daty rozpoczęcia stażu do jego zakończenia, zgodnie z harmonogramem. Czas trwania stażu dla jednego Uczestnika/Uczestniczki Projektu wynosi 3 miesiące.

***Forma ubezpieczenia bezimienna.***

**Załącznik nr 2**

....................................., dnia ................................

**O F E R T A C E N O W A**

Nawiązując do zaproszeniana:

**„Ubezpieczenie Uczestników/Uczestniczek Projektu”**  
*„MŁODZI NA START! Program aktywizacji zawodowej osób młodych do 29r.ż. w województwie świętokrzyskim (II edycja)”* Oferuję realizację przedmiotu zamówienia:

**za cenę brutto razem:** …................................ zł

**słownie**: ………................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… zł

w tym stawka za:

1 osobę – WSPARCIE DORADCZE (DORADZTWO INDYWIDUALNE I GRUPOWE) – NNW,

**za cenę brutto razem:** …................................ zł

**słownie**: ………................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… zł

1 osobę – KURSY ZAWODOWE – NNW + OC

**za cenę brutto razem:** …................................ zł

**słownie**: ………................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… zł

1 osobę – STAŻE U PRACODAWCÓW – NNW + OC.

**za cenę brutto razem:** …................................ zł

**słownie**: ………................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… zł

**Dane dotyczące Wykonawcy**

Nazwa Towarzystwa Ubezpieczeniowego………………. …………………………………………………………………

Numer telefonu: … / …………………………………………

Numer faksu: … / ....................................

Numer REGON: ..........................................

Numer NIP: ..........................................

Adres kontaktowy email: ……………………………………………

* oświadczam, że cena brutto obejmuje wszystkie koszty realizacji przedmiotu zamówienia;
* oświadczam, że posiadam stosowne uprawnienia do świadczenia usługi objętej projektem umowy;
* oświadczam, że uzyskałem od Zamawiającego wszelkich informacji niezbędnych do rzetelnego sporządzenia niniejszej oferty zgodnie z wymogami określonymi w projekcje umowy;
* oświadczam, że zapoznałem się z projektem umowy i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uznaje się za związanego określonymi w niej zasadami, przez okres 30 dni od daty złożenia oferty;
* oświadczam, że zobowiązuje się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach,   
  w miejscu i terminie określonych przez Zamawiającego.

......................................... dnia .........................................

…………………………………………………………………

imię i nazwisko, podpis osoby/ osób upoważnionych

do składania oświadczeń woli