**Rozeznanie cenowe**

W związku z realizacją projektu **„**Wdrożenie standardów dostępności POZ w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodnia „Mój Lekarz” w Sochaczewie” (dalej: „Projekt”) w ramach Umowy   
o powierzenie grantu nr UM.PZO.W-3771.2022-004371/1058 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, w ramach postępowania prowadzonego zgodnie z zasadą konkurencyjności, **zaprasza do przedstawienia oferty na**

*Nawiązanie współpracy z organizacją pozarządową reprezentującą osoby ze szczególnymi potrzebami, w ramach której będzie przeprowadzony audyt, opracowane procedury przyjazne obsłudze pacjentów ze szczególnymi potrzebami, przeprowadzona ankieta dot. dostępności, przeprowadzony przegląd dostępności z wykorzystaniem Listy pytań kontrolnych.*

**ZAMAWIAJĄCY[[1]](#footnote-1):**

NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

”MÓJ LEKARZ” IZABELA KOŚCIUCZYK

ul. Stefana Żeromskiego 39A, 96-500 Sochaczew

REGON: 870622660, NIP: 8751083315

1. **OPIS PRZEDMIOTU**

# Przedmiotem postępowania ofertowego jest

**Współpraca z organizacją pozarządową reprezentującą osoby niepełnosprawne**

* 1. Zakres zadań do wykonania w ramach współpracy:

1. wsparcie w zakresie zwiększania poziomu dostępności placówki

1. nadzór merytoryczny nad realizowanym grantem z Ministerstwa Zdrowia Dostępność + POZ;
2. wsparcie dla koordynatora do spraw dostępności w zakresie jego działań oraz inicjatyw zapewniających dostępność placówki osobom ze szczególnymi potrzebami;
3. konsultowanie poziomu dostępności placówki – weryfikacja projektów technicznych, bieżące doradztwo,
4. wsparcie dla kadry kierowniczej w zakresie utworzenia i/lub aktualizacji procedur i regulaminów zapewniających dostępność placówki osobom ze szczególnymi potrzebami;
5. wsparcie dla personelu placówki w zakresie właściwej obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami
6. opracowanie procedur przyjazne obsłudze pacjentów ze szczególnymi potrzebami
7. przeprowadzenie audytu dostępności przez organizację pozarządową reprezentującą osoby niepełnosprawne.
8. przeprowadzenie przeglądu dostępności z wykorzystaniem Listy pytań kontrolnych, która wesprze POZ w odpowiedzi na pytania o dostępność w poszczególnych obszarach (załącznik 5).
9. Miejsce realizacji:

ul. Stefana Żeromskiego 39A, 96-500 Sochaczew

1. **TERMIN i MIEJSCE SKŁADANIA OFERT**

Ofertę proszę złożyć:

* 1. NZOZ Mój Lekarz, 96-500 Sochaczew, Żeromskiego 39a (od poniedziałku do piątku w godz. 8:00-15:00) osobiście lub za pośrednictwem osób trzecich w zamkniętej kopercie z dopiskiem: ***Oferta na***

*Nawiązanie współpracy z organizacją pozarządową reprezentującą osoby ze szczególnymi potrzebami, w ramach której będzie przeprowadzony audyt, opracowane procedury przyjazne obsłudze pacjentów ze szczególnymi potrzebami, przeprowadzona ankieta dot. dostępności, przeprowadzony przegląd dostępności z wykorzystaniem Listy pytań kontrolnych.*

**lub** przesłać pocztą elektroniczną na adres mailowy przychodni: **przychodnia@moj-lekarz.com**

**w terminie do dnia 20. 02. 2023 r.** **do godz. 10:00.**

Sochaczew, dn. 03.02.2023r.

1. dalej: „ZAMAWIAJĄCY” [↑](#footnote-ref-1)