

вул. Бульварно-Кудрявська, 24, 01054, м. Київ, Україна

Тел.: 044 490 5485

Факс: 044 490 5489

info@aph.org.ua | www.aph.org.ua

**Специфікація про надання послуг з проведення**

**курсу домедичної допомоги для співробітників замовника**

**Профіль замовника**

Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров’я» (далі Альянс) — провідна професійна організація, що у співпраці з ключовими громадськими організаціями, Міністерством охорони здоров‘я та іншими урядовими органами веде боротьбу з епідемією ВІЛ/СНІД в Україні, керуючи профілактичними програмами та надаючи якісну технічну підтримку та фінансові ресурси організаціям на місцях. Усі ці зусилля спрямовані на досягнення в країні універсального доступу до комплексних послуг з ВІЛ/СНІД в Україні та ефективної відповіді на епідемію на рівні спільнот, базуючись на досягнутих результатах та передовому досвіді. Як незалежна юридична особа, зареєстрована в Україні з 2003 року й після набуття управлінської самостійності з січня 2009, Альянс-Україна поділяє цінності та залишається членом глобального партнерства Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД (міжнародної благодійної організації, що поєднує 30 організацій з різних країн, з Секретаріатом у м. Хоув, Великобританія).

Місією Альянсу є зниження розповсюдження ВІЛ-інфекції та смертності від СНІД і зменшення негативного впливу епідемії шляхом підтримки громадської протидії епідемії ВІЛ/СНІД в Україні, а також шляхом поширення ефективних підходів до профілактики й лікування ВІЛ у Східній Європі та Центральній Азії.

Ця закупівля здійснюється у межах виконання всіх програм, у яких на сьогодні залучений Альянс.

Важливою частиною програм, що впроваджуються Альянсом Україна, є проведення тренінгів для співробітників, з метою підвищення ефективності роботи організації.

1. **Опис Послуги.**
   1. Мета курсу:

* навчити учасників курсу зупиняти кровотечі за допомогою турнікетів
* навчити зупиняти кровотечі за допомогою прямого тиску і тампонади
* навчити виконувати серцево-легенева реанімація і використанню дефібрилятора
* навчити надавати допомогу дітям, потопельникам.
  1. Учасники курсу – співробітники МБФ «Альянс громадського здоров’я».

1. **Вимоги до надання послуг.**
   1. Програми курсів домедичної допомоги мають супроводжуватися **відповідною сертифікацією учасників**.
   2. Конкурсна пропозиція кожного учасника - провайдера повинна включати **три програми на розгляд**. Зразок та опис програм наведений в **Додатку №2.**
2. **Вимоги до Виконавця.**
   1. Виконавець повинен мати досвід проведення навчань з домедичної допомоги (надати підтверджуючі документи або рекомендації) не менше 7 років.
   2. Викладачі повинні мати відповідну кваліфікацію та сертифікати інструкторів з домедичної допомоги.
   3. Виконавець має надати рекомендаційні листи (провайдера, ведучого, тренерів).
   4. Виконавець забезпечує навчальні матеріали, манекени, перев’язувальні засоби, презентації та інший необхідний інвентар.
3. **Умови проведення.**
   1. Місце проведення – МБФ «Альянс громадського здоров’я» розгляне варіанти проведення курсу в Києві.
   2. Тривалість курсу – 1 день.
   3. Строки проведення: середина серпня.
   4. Кількість учасників – до 50 осіб .
4. **Умови оплати:**
   1. Надані учасниками конкурсу комерційні пропозиції мають бути дійсними без змін впродовж не менше 60 (шістдесяти) днів з дня їх подачі;
   2. Ціни повинні бути надані у гривні України:

* Авансовий платіж – не більше 50% від загального обсягу кожної окремої партії Товару буде проведений протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту підписання Договору та Додатку з надання рахунку-фактури;
* Балансовий платіж – протягом 10 (десяти) робочих днів з моменту завершення прийомки Товару та підписанням видаткової накладної.
  1. Договір про надання послуг буде укладено і платежі будуть виконані у гривні України.
  2. Учасники запрошуються надати умови оплати, які Ви пропонуєте у **Додатку № 3.**

1. **Організаційні вимоги.**
   1. До участі в конкурсі запрошуються Юридичні особи або Фізичні особи-підприємці, що зареєстровані за законодавством України. У разі, якщо пропозиція буде надана від одного учасника, а поставки будуть виконуватись від імені афілійованих суб’єктів (наприклад, ФОП-платник єдиного податку) – необхідно разом з пропозицією надати лист-підтвердження такої афілійованості;
   2. Наявність досвіду проведення курсів домедичної допомоги, відповідна кваліфікація фахівців, рекомендації.
2. **Ключові критерії оцінки конкурсних заявок:**

* повнота та якість поданої заявки (опис 3 програм; переваги програм; результат, що буде досягнуто);
* наявність власних ресурсів для проведення заходу (приміщення, обладнання);
* досвід надання відповідних послуг та професійний рівень та досвід тренерів.
* строки та умови надання послуг;
* вартість надання послуги;
* умови оплати.

1. **Зміст конкурсних Заявок**

*Учасники повинні включати таку інформацію до конкурсних Заявок:*

* **Установчі документи:** свідоцтво про державну реєстрацію, свідоцтво платника податків, довідку про відкриття рахунку - у форматі PDF;

***Установчі Документи сформувати в папку «№1 Установчі документи».***

* **Додатки:** Заповнені та підписані Додатки №1-3 до Специфікації (у форматі PDF), Додатки №2 та №3 просимо надати у форматі Word.

***Додатки сформувати в папку «№2 Додатки».***

* **Досвід:** Інформація щодо досвіду та спеціалізації фахівців з надання відповідних послуг (набір коротких резюме тренерів, ведучого, наявність рекомендацій), рекомендаційні листи, відгуки від інших клієнтів, та будь-які інші документи, що, на Вашу думку, можуть бути корисними у прийнятті рішення

***Усі документи у форматі PDF сформувати в папку «№3 Досвід».***

**Додаток 1**

**до Специфікації про надання послуг з проведення**

**курсу домедичної допомоги для співробітників замовника**

# Загальна інформація

Будь-ласка, заповніть таблицю нижче

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Повна назва компанії |  |
| 2. | **Загальний досвід проведення навчань** | *Вказати кількість років* |
| 3. | Юридична адреса компанії |  |
| 4. | Фактична адреса компанії |  |
| 5. | Керівник компанії: посада, ПІБ |  |
| 6. | Контактний номер телефону керівника компанії |  |
| 7. | Контактна особа з питань подання Заявки |  |
| 8. | Номер мобільного телефону контактної особи |  |
| 9. | E-mail контактної особи |  |
| 10. | **Можливість надати послуги без ПДВ** | Так/ні |
| 11. | **Необхідність укладання Договору** | Так/ні |

На підставі статті 650-1 Цивільного кодексу України, підписанням цієї форми ми підтверджуємо наступні запевнення, які мають значення для укладення договору з МБФ «Альянс громадського здоров’я»:

1. Товариство (юридична особа, яка подає цей та інші документи для участі у конкурсі, зазначена нижче), будь-який з його директорів (членів ради директорів), учасників Товариства, його кінцевий бенефіціарний власник/власники, його посадові особи або працівники Товариства, або будь-який агент, афілійована чи інша особа, що діє від імені Товариства, в даний час не є суб’єктом санкції США, якими керує Управління контролю за іноземними активами Міністерства фінансів США або Державного департаменту США, Ради Безпеки Організації Об’єднаних Націй, Європейського Союзу, Казначейства Її Величності Сполученого Королівства або іншого уповноваженого санкційного органу.
2. Товариство, та/або учасник Товариства, та/або кінцевий бенефіціарний власник Товариства не внесені до списку санкцій Ради національної безпеки і оборони України (відповідно до статті 5 Закону України “Про санкції”).
3. Щодо товарів, послуг та/або робіт Товариства не застосовано персональні спеціальні економічні та інші обмежувальні заходи (санкції) відповідно до статті 5 Закону України “Про санкції”.

# Склад кінцевих бенефіціарних власників учасника конкурсу

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Назва організації/ ПІП фізичної особи** | **Реєстраційний код / паспортні дані** | **Адреса реєстрації** | **Громадянство** | **Чи значиться організація/ людина в санкційних списках США, Євросоюзу, України.** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Підписано мною, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

що обіймає посаду\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(керівник підприємства)

від імені компанії \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_ (число) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (місяць) 20\_\_\_\_\_\_\_\_ (рік).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис)

**Додаток 2**

**до Специфікації про надання послуг з проведення**

**курсу домедичної допомоги для співробітників замовника**

# Програма заходу.

**Опис програм повинен включати наступне:**

* назва та зміст програми (таймінг, місце проведення, завдання, застосування необхідного обладнання, екіпіровки для учасників);
* профайл тренерів та інструкторів;
* ціль та переваги програми;
* результат від реалізації програми

*Пропонується сформувати програми (за вимогою 3) у наведеній таблиці.*

**ЗРАЗОК ТАБЛИЦІ ДЛЯ СЦЕНАРІЇВ Програма №1, Програма №2, Програма №3.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ціль та переваги програми:** | | | | | |
| **Профайл тренерів та інструкторів:** | | | **Фото:** | | |
| **Тема/ Завдання** | **Зміст** | **Тривалість** | | **Місце проведення** | **Обладнання,**  **екіпіровки для учасників** |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| **Результат від реалізації програми:** | | | | | |

Підписано мною, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

що обіймає посаду\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(керівник підприємства)

від імені компанії \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_ (число) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (місяць) 20\_\_\_\_\_\_\_\_ (рік).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис)

**Додаток 3**

**до Специфікації про надання послуг з проведення**

**курсу домедичної допомоги для співробітників замовника.**

# Цінова пропозиція

Будь-ласка, заповніть таблиці цінової пропозиції нижче.

1. Будь ласка, зазначте всі складові вартості, що входять до калькуляції даного курсу домедичної допомоги, з урахуванням усіх податків.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Послуги з організації заходу | Тариф у гривні,  **(без ПДВ/з ПДВ**  **прибрати зайве)** | Коментарі (якщо необхідно) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
|  | Загалом, грн |  |  |

**Термін виконання після отримання замовлення** – будь ласка, вкажіть термін виконання замовлення, який ви пропонуєте: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Умови оплати** – будь ласка, зазначте умови оплати, які Ви пропонуєте (з урахуванням **пункту 5**.):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Підписано мною, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

що обіймає посаду\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(керівник підприємства)

від імені компанії \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_ (число) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (місяць) 20\_\_\_\_\_\_\_\_ (рік).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис)