

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Biuro ds. Ochrony Zdrowia Al. Powstania Warszawskiego 10, pokój Nr 412 tel. (12) 616-91-98 fax (12) 616-94-86		Program nr 2	
Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2018 Formularz ofertowy „Program profilaktyki i terapii dzieci z autyzmem”			
(pieczęć oferenta)		Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia):	
I. Dane oferenta:			
Nazwa oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)			
Organ dokonujący wpisu			
Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej			
Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)			
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)			
Nr NIP oferenta			
Nr REGON oferenta			
Telefon kontaktowy/fax do osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta		(stacjonarny)	(komórkowy)
Telefon kontaktowy/fax do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty		(stacjonarny)	(komórkowy)
Adres e-mail			
Numer konta bankowego			
Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację Programu			

DO OFERTY NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

1. dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu medycznego realizującego Program;
2. pozytywną opinię Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzającą, że pomieszczenia, w których realizowany będzie Program są dopuszczone pod względem sanitarnym.
3. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej;
4. aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
5. statut (jeśli oferent posiada);
6. zaświadczenie o nr NIP;
7. zaświadczenie o nr REGON;
8. oświadczenie o sposobie rozliczenia (podmiot jest / nie jest podatnikiem podatku VAT);
9. oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych i przyjęciu ich bez zastrzeżeń;
10. oświadczenie o nie zaleganiu z należnościami względem ZUS, urzędu skarbowego i Gminy Miejskiej Kraków;
11. oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
12. oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
13. certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) – jeśli oferent posiada;
14. dokumenty potwierdzające nazwę i wiek oraz dopuszczenie do użytku aparatury i sprzętu medycznego (jeśli są wymagane).

II. Elementy oferty podlegające ocenie Komisji

- podawane informacje powinny dotyczyć miejsc, w których realizowany będzie Program:

Kryteria oceny oferty:

1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do realizacji Programu:

Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Posiadane specjalizacje lub kursy kwalifikacyjne (dokładne wskazanie)	Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

6.		
Czy zespół wymienionych specjalistów korzysta z regularnej superwizji w swojej merytorycznej działalności ze strony kwalifikowanego „superwizora”:		(tak/nie)
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 1 do 4 pkt)		pkt
2. Pomieszczenia i wyroby medyczne (dotyczy pomieszczeń, w których realizowany będzie Program):		
Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu:	Gabinet/gabinety lekarskie i sale terapii dopuszczone przez Państwową Inspekcję Sanitarną	(tak/nie)
	Oferent posiada podstawowy sprzęt do realizacji zajęć fizjoterapeutycznych	(tak/nie)
	Oferent posiada podstawowy i specjalistyczny sprzęt do realizacji zajęć fizjoterapeutycznych oraz sprzęt do zajęć integracji sensorycznej	(tak/nie)
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 1 do 2 pkt)		pkt
3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:		
	Należy wpisać ile dni w tygodniu realizowany będzie Program	dni
	Należy wpisać ile dni w tygodniu Program będzie realizowany nie krócej niż do godz.18.00	dni
	Możliwość ustalenia indywidualnych godzin z opiekunem lub rodzicem	(tak/nie)
	Możliwość ustalenia indywidualnych godzin z opiekunem lub rodzicem także w godzinach popołudniowych	(tak/nie)
	Należy wpisać, czy Program będzie realizowany również w każdą sobotę (i przez ile godzin)	(tak/nie)godziny
	Należy wpisać, czy prowadzona będzie lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie	(tak/nie)
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 1 do 3 pkt)		pkt
4. Dodatkowe punkty możliwe do zdobycia przez oferenta:		
Odrębna linia telefoniczna wyłącznie na potrzeby Programu/programów (wymagany nr stacjonarny)	Oferent deklaruje, że w przypadku przyjęcia oferty w terminie do dnia zawarcia umowy uruchomi odrębną linię telefoniczną (należy wpisać: Tak lub Nie):	(tak/nie)
Posiadanie aktualnej w dniu składania oferty umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie objętym Programem	(należy wpisać: Tak lub Nie):	(tak/nie)
Posiadanie, co najmniej jednego certyfikatu jakości udzielanych świadczeń medycznych:	Oferent informuje, czy posiada, co najmniej jeden certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (należy wpisać: Tak lub Nie)	(tak/nie)
Realizacja umowy z Urzędem Miasta Krakowa:	Oferent informuje, że realizował w 2015 r. (w zakresie objętym Programem), co najmniej jedną umowę zawartą z UMK i zrealizował ją na poziomie, co najmniej 90% (należy wpisać: Tak lub Nie)	(tak/nie)
Doświadczenie w prowadzeniu programów	Posiadane doświadczenie w prowadzeniu, co najmniej jednego profilaktycznego programu zdrowotnego, przeprowadzonego po 2007 r. na zlecenie jednostki samorządu terytorialnego lub Ministra Zdrowia lub Narodowego Funduszu Zdrowia	 (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program)
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 5 pkt)		pkt

Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:		 pkt
Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:		
Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach wielospecjalistycznej diagnozy dla dzieci do 3 roku życia (zgodnie z opisem Programu):	zł brutto
	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach zajęć indywidualnych dla małych dzieci (zgodnie z opisem Programu):	zł brutto
	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach zajęć grupowych dla małych dzieci i dla młodzieży, zajęcia ruchowe lub taneczno-ruchowe dla dzieci oraz młodszej i starszej młodzieży (zgodnie z opisem Programu):	zł brutto
	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach zajęć z fizjoterapeutą (zgodnie z opisem Programu):	zł brutto
	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach zajęć edukacyjnych i wspierających dla rodziców (zgodnie z opisem Programu):	zł brutto
	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach konsultacji specjalistycznych (zgodnie z opisem Programu):	zł brutto
	Łączna roczna proponowana kwota należności na realizację Programu:	zł brutto
	<i>Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanych Przyjmującemu zamówienie środków finansowych, możliwe będzie przesuwanie tych środków pomiędzy poszczególnymi etapami Programu.</i>	
Oświadczenia: 1) Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. 2) Oświadczam, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, oferent, którego reprezentuję nie będzie wykazywał świadczeń medycznych objętych Programem, finansowanych z budżetu Miasta Krakowa, udzielonych uczestnikom Programu (pacjentom), które są finansowane z innych środków publicznych, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. 3) Oświadczam, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty wskazany w ofercie personel medyczny do realizacji Programu, finansowanego z budżetu Miasta Krakowa będzie wykonywał Program poza harmonogramem pracy, wynikającym z umowy finansowanej z innych środków publicznych, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.		
<i>(data, podpis i pieczęć oferenta lub osób/osób upoważnionej/upoważnionych do jego reprezentacji)</i>		
Ocena oferty przez Komisję Konkursową (wypełnia Komisja):		
Oferta przyjęta pod względem spełniania wymagań formalnych (Tak / Nie)		
Przyczyna odrzucenia oferty:		

Kryteria oceny	
1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do realizacji Programu:	pkt
2. Pomieszczenia i wyroby medyczne (w gabinetach, w których realizowany będzie Program):	pkt
3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:	pkt
4. Dodatkowe punkty możliwe do zdobycia przez oferenta:	pkt
Łącznie	pkt
Kryteria dodatkowe - stosowane w przypadkach, gdy więcej niż jeden oferent uzyska tę samą liczbę punktów:	
1. Cena jednostkowa poszczególnych świadczeń medycznych:	
2. Dokładne wskazanie ilości i kwalifikacji zawodowych personelu realizującego Program:	
3. Proponowany czas realizacji Programu (godziny przyjęć pacjentów):	
(Uwagi Komisji Konkursowej)	
Decyzja Komisji Konkursowej:	
Oferta przyjęta do realizacji: TAK/NIE	
(wskazanie powodów przyjęcia/nie przyjęcia oferty)	
Kwota przyznana na realizację Programu:	na rok 2016..... zł brutto na rok 2017..... zł brutto na rok 2018..... zł brutto
Data oceny:	Podpis:
1. Michał Marszałek	
2. Jadwiga Starnawska – Kasprzyk	
3. Maria Piętaś - Frączek	
4. Paulina Kulińska	
5. Krystyna Teresa Włosik	