

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 1
--	--------------

Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2018
Formularz ofertowy
„Pomoc w powrocie do zdrowego funkcjonowania psychicznego: Program profilaktyki głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych (GZP).”

(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 wpisem 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	Posiadane certyfikaty lub szkolenia (dokładne wskazanie)	Posiadane doświadczenie zawodowe w pracy z osobami z GZP (staż pracy w latach)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

6.			
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 1 do 3 pkt)			pkt
2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program):			
Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu:	Gabinety konsultacyjne o łącznej powierzchni poniżej 15 m²	(tak/nie)	
	Gabinety konsultacyjne o łącznej powierzchni od 15 – 30 m²	(tak/nie)	
	Gabinety lekarskie konsultacyjne o łącznej powierzchni powyżej 30 m²	(tak/nie)	
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 2 pkt)			pkt
3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:			
Dostępność do Programu:	Możliwość rejestracji i informacji telefonicznej - wpisać tak lub nie oraz wskazać nr telefonu	(tak/nie) tel. (12).....	
	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	
	Należy wpisać, czy prowadzona będzie tzw. 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	Oferent deklaruje, że w przypadku przyjęcia oferty w terminie do dnia zawarcia umowy uruchomi telefon całodobowy na potrzeby Programu (należy wpisać: Tak lub Nie)	(tak/nie)	
Posiadanie aktualnej w dniu składania oferty umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie świadczeń leczniczych psychiatrycznych	(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 oraz dołączyć kserokopię certyfikatu)	(tak/nie)	
Realizacja umowy z Urzędem Miasta Krakowa na poziomie co najmniej 90%jej wartości w roku 2015, w zakresie objętym Programem.	(należy wpisać: Tak lub Nie)	(tak/nie)	
Oferent posiada doświadczenie w prowadzeniu co najmniej jednego profilaktycznego programu, przeprowadzonego po roku 2007 na zlecenie jednostki samorządu terytorialnego lub Ministra Zdrowia lub Narodowego Funduszu Zdrowia.	(należy wpisać: Tak lub Nie)	(tak/nie) (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	I. Cena brutto porady diagnostyczno-edukacyjnej dla jednego pacjenta (zgodnie z opisem Programu)	zł brutto
	II. Cena brutto sesji edukacyjnej dla jednego pacjenta (zgodnie z opisem Programu)	zł brutto
	III. Cena brutto edukacyjnej konsultacji rodzinnej (zgodnie z opisem Programu)	zł brutto
	Łączna roczna proponowana kwota należności na realizację Programu	zł brutto

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.

(data, podpis i pieczęć oferenta lub osób/osób upoważnionej/upoważnionych do jego reprezentacji)

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, 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 jednostkowego świadczenia medycznego udzielanego w ramach Programu:	I zł II zł III..... zł
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:		w 2016 r. zł brutto, w 2017 r. zł brutto, w 2018 r. zł brutto.
Data oceny:	Podpis:	
1. Michał Marszałek		
2. Jadwiga Starnawska - Kasprzyk		
3. Maria Piętaś-Frączek		
4. Kulińska Paulina		
5. Krystyna Teresa Włosik		