|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Udzielający zamówienia:**  **Urząd Miasta Krakowa**  **Biuro ds. Ochrony Zdrowia**  **al. Powstania Warszawskiego 10, pokój nr 412**  **tel.: (012) 616-91-98 fax: (012) 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 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 miejsca, w którym 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)**  **oraz**  **posiadane doświadczenie zawodowe w pracy z osobami GZP (staż pracy w latach)** | | | | | | |
| 1. | |  | | | | |  | | | | | | |
| 2. | |  | | | | |  | | | | | | |
| 3. | |  | | | | |  | | | | | | |
| 4. | |  | | | | |  | | | | | | |
| 5. | |  | | | | |  | | | | | | |
| 6. | |  | | | | |  | | | | | | |
| **Liczba punktów**  **możliwych do uzyskania:** | | **od 0 pkt do 3 pkt** | | | |  | **Liczba punktów przyznanych przez Komisję:** | | | | | | **……………..…….…… pkt** |
| **2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program** | | | | | | | | | | | | | |
| **Pomieszczenia niezbędne**  **do realizacji Programu** | **Gabinety konsultacyjne**  **o łącznej powierzchni poniżej 15 m ²** | | | | | | | | **.............................................................................................(tak/nie)** | | | | |
| **Gabinety konsultacyjne**  **o łącznej powierzchni od 15 m ² do 30 m ²** | | | | | | | | **.............................................................................................(tak/nie)** | | | | |
| **Gabinety konsultacyjne**  **o łącznej powierzchni powyżej 30 m ²** | | | | | | | | **.............................................................................................(tak/nie)** | | | | |
| **Liczba punktów**  **możliwych do uzyskania:** | **od 0 pkt do 3 pkt** | | | | |  | **Liczba punktów przyznanych przez Komisję:** | | | | | | **.....................................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 .: ..............................................................** | | | | |
| **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)** | | | | |
| **Liczba punktów**  **możliwych do uzyskania:** | **od 0 pkt do 3 pkt** | | | | |  | **Liczba punktów przyznanych przez Komisję:** | | | | | | **..................................................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 odrębną linię telefoniczną**  **(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:** | **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% jej wartości**  **(należy wpisać: Tak lub Nie)** | | | | | | | | **......................................................................................(tak/nie)** | | | | |
| **Doświadczenie**  **w prowadzeniu programów** | **Oferent posiada doświadczenia 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)**  **(W przypadku wskazania na „Tak”, należy podać imię i nazwisko lekarza, nazwę programu, czas jego realizacji oraz wskazać zlecającego program)** | | | | | | | | **......................................................................................(tak/nie)**    **Nazwa programu: …………………………………………………..**  **Imię i nazwisko lekarza: …………………………………………..**  **Czas realizacji: ……………………………………………………..**  **Zlecający program: ………………………………………………..** | | | | |
| **Liczba punktów**  **możliwych do uzyskania:** | **od 0 pkt do 5 pkt** | | | | |  | **Liczba punktów**  **przyznanych przez Komisję:** | | | | | **...............................................................................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 dla jednego pacjenta**  **(zgodnie z opisem Programu)** | | | | | | | | **.....................................................................................zł brutto** | | | | |
| **Kwota należności na realizację Programu**  **na 2017 rok i na 2018 rok** | | | | | | | | **2017 rok ........................................................................zł brutto**  **2018 rok ……………………………………………………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 osoby/osób upoważnionej / upoważnionych do jego reprezentacji)* | | | | | | | | | | | | | |
| **Ocena oferty przez Komisję Konkursową (wypełnia Komisja):** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Oferta przyjęta/nieprzyjęta 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** | | | | |
| **Łączna liczba punktów:** | | | | | | | | | **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. Cena brutto porady diagnostyczno-edukacyjnej dla jednego pacjenta**  **II. Cena brutto sesji edukacyjnej**  **dla jednego pacjenta**  **III. Cena brutto edukacyjnej konsultacji rodzinnej dla jednego pacjenta** | | | | | | | | **I. ............................................................. zł brutto**  **II. ............................................................. zł brutto**  **III. ............................................................. zł brutto** | | | | |
| **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/nieprzyjęcia oferty)* | | | | | | | | | | | | | |
| **Kwota przyznana na realizację Programu:** | | | | | | | | | **w roku 2017 ………………………………….. zł brutto**  **w roku 2018 ……………………………………zł brutto** | | | | |
| **Data oceny:** | | | | | | | | | | **Podpisy** | | | |
| **1. Michał Marszałek** | | | | | | | | | |  | | | |
| **2. Jadwiga Starnawska-Kasprzyk** | | | | | | | | | |  | | | |
| **3. Maria Piętak-Frączek** | | | | | | | | | |  | | | |
| **4. Paulina Kulińska** | | | | | | | | | |  | | | |
| **5. Krystyna Teresa Włosik** | | | | | | | | | |  | | | |
| **6. Agnieszka Chronowska-Fotygo** | | | | | | | | | |  | | | |