|  |  |
| --- | --- |
| **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** |  |