

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Biuro ds. Ochrony Zdrowia al. Powstania Warszawskiego 10, pokój Nr 411 tel. (12) 616-94-90 fax (12) 616-94-86	Program Nr 2
--	---------------------

Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2010
Formularz ofertowy
Program „Wsparcie w procesie dorastania” – etap II.

<i>(pieczęć oferenta)</i>	Data wpływu oferty <i>(wypełnia Udzielający zamówienia)</i>
---------------------------	--

I. Dane oferenta

Nazwa oferenta		
Adres siedziby oferenta <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>		
Nr NIP oferenta		
Nr REGON oferenta		
Telefon kontaktowy	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
fax		
e-mail		
Numer konta bankowego		
Adres miejsca (gabinetu), w którym będzie realizowany Program		
Do formularza ofertowego należy dołączyć:	aktualny wypis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub rejestru praktyk aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej	
	statut <i>(jeśli oferent taki posiada)</i>	
	zaświadczenie o nr NIP	
	zaświadczenie o nr REGON	
	oświadczenie upoważnionej osoby (głównego księgowego lub kierownika oferenta) o przyjętym sposobie rozliczenia: rachunek/faktura VAT	
	dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe personelu przewidzianego do realizacji Programu	
	certyfikaty jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) <i>(jeśli oferent takie posiada)</i>	

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 dziećmi i młodzieżą (staż pracy w latach)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)			pkt
2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program):			
Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu:	Gabinety konsultacyjne o łącznej powierzchni od 15 – 30 m ²	(tak/nie)	
	Gabinety lekarskie konsultacyjne o łącznej powierzchni powyżej 30 m ²	(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 (wymagany nr stacjonarny) - wpisać tak lub nie oraz wskazać nr telefonu	(tak/nie) tel. (012).....	
	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 0 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 odrębną linię telefoniczną (należy wpisać: Tak lub Nie)	(tak/nie)
Posiadanie aktualnej w dniu składania oferty umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia 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 oraz dołączyć kserokopię certyfikatu)	(tak/nie)
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)		pkt
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:		 pkt
Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:		
Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	I. Cena brutto indywidualnej sesji diagnostycznej (zgodnie z opisem Programu)	zł brutto
	II. Cena brutto indywidualnej sesji terapeutycznej (zgodnie z opisem Programu)	zł brutto
	Proponowana kwota należności za realizację zamówienia w roku 2010	zł brutto
<i>Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Oświadczam, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, oferent, którego reprezentuję nie będzie wykazywał świadczeń medycznych objętych Programem, a finansowanych z budżetu Miasta Krakowa, udzielonych uczestnikom Programu (pacjentom), które są finansowane 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)		
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 IIzł
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:	zł brutto
Data oceny:	Podpis:
1. Michał Marszałek	
2. Paweł Lipowski	
3. Maria Piętak-Frączek	
4. Karolina Kaczor	
5. Ewa Ciszewska-Nieć	
6. Grażyna Jędrzejewska	
7. Ryszard Osiński	