

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków tel. (012) 616-94-92		Załącznik 13b do ogłoszenia stanowiącego załącznik do zarządzenia Prezydenta Miasta Krakowa nr z dnia	
Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2019-2021 Formularz ofertowy Program nr 13: Pomoc w powrocie do zdrowego funkcjonowania psychicznego. Program profilaktyki głębokich zaburzeń psychicznych (GZP).			
<i>(pieczęć oferenta)</i>		Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia)	
I. Dane oferenta			
Nazwa oferenta <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>			
Organ dokonujący wpisu			
Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej			
Adres siedziby oferenta <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>			
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>			
Nr NIP oferenta			
Nr REGON oferenta			
Telefon kontaktowy/fax do osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta		<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
Telefon kontaktowy/fax do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty		<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
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. oświadczenie o sposobie rozliczenia (podmiot jest / nie jest podatnikiem podatku VAT);
6. oświadczenie o niezaleganiu z należnościami względem ZUS, urzędu skarbowego i Gminy Miejskiej Kraków;
7. certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) – jeśli oferent posiada;
8. dokumenty potwierdzające nazwę i wiek oraz dopuszczenie do użytku aparatury i sprzętu medycznego (jeśli są wymagane).

II. Elementy oferty podlegające ocenie Komisji konkursowej

- 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	Czas, od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa cywilnoprawna)	Posiadane specjalizacje lub kursy kwalifikacyjne (dokładne wskazanie)	Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)	Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego Program)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

7.				
8.				
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)				pkt
2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program				
Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu:	pomieszczenia używane do realizacji Programu (gabinety konsultacyjne) o łącznej powierzchni poniżej 15 m ²	(tak/nie)		
	pomieszczenia używane do realizacji Programu (gabinety konsultacyjne) o łącznej powierzchni od 15 do 30 m ²	(tak/nie)		
	pomieszczenia używane do realizacji Programu (gabinety konsultacyjne) o łącznej powierzchni powyżej 30 m ²	(tak/nie)		
Liczba 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.:		
	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 Program będzie realizowany również w każdą sobotę (i przez ile godzin)	 (tak/nie)godziny		
	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/programów	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 „POZ”.	(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 2018 r. (w zakresie objętym Programem profilaktyki głębokich zaburzeń psychicznych (GZP), 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 profilaktycznego programu	Oferent posiada 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.	(tak/nie)
Liczba 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
	Zakładana liczba pacjentów	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	II. Cena brutto sesji edukacyjnej dla jednego pacjenta (zgodnie z opisem Programu)	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	III. Cena brutto edukacyjnej konsultacji rodzinnej dla rodziny jednego pacjenta (zgodnie z opisem Programu)	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	Proponowana kwota roczna należności za realizację zamówienia	2019 r.zł brutto 2020 r. zł brutto 2021 r. zł brutto

Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanych Przyjmującemu zamówienie środków, możliwe będzie przesuwanie tych środków pomiędzy poszczególnymi etapami Programu.

Oświadczenia:

- 1) Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.*
- 2) Oświadczam, że w przypadku wyboru niniejszej oferty, oferent, którego reprezentuję nie będzie wykazywał do rozliczenia świadczeń zdrowotnych objętych Programem, udzielonych uczestnikom Programu (pacjentom), które są jednocześnie finansowane z innych środków, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.*
- 3) Oświadczam, że w przypadku wyboru niniejszej oferty wskazany w ofercie personel medyczny do realizacji Programu będzie wykonywał Program poza harmonogramem pracy, wynikającym z umowy finansowanej z innych środków, 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:

(Uwagi Komisji Konkursowej)

Decyzja Komisji konkursowej:

Oferta przyjęta do realizacji: TAK/NIE

(wskazanie powodów przyjęcia/nieprzyjęcia oferty)

Kwota przyznana na realizację Programu:

w roku 2019 zł brutto
w roku 2020 zł brutto
w roku 2021 zł brutto

Data oceny:

Podpis:

1. Przewodniczący Komisji konkursowej:

Członkowie Komisji konkursowej:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.