

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków tel. (012) 616-94-92		Załącznik nr 12b 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 12: Program profilaktyki i terapii dzieci z autyzmem. „Program profilaktyczno-terapeutyczny dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, przeznaczony dla mieszkańców Gminy Miejskiej Kraków.”			
(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. 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	Posiadane specjalizacje lub kursy kwalifikacyjne (dokładne wskazanie)	Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
Czy zespół wymienionych specjalistów korzysta z regularnej superwizji w swojej merytorycznej działalności ze strony kwalifikowanego „superwizora”:		 (tak/nie)
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 4 pkt)		 pkt

2. Pomieszczenia (dotyczy pomieszczeń, w których realizowany będzie Program):		
Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu:	Gabinet/gabinety lekarskie i sale terapii dopuszczone przez Państwową Inspekcję Sanitarną	 (tak/nie)
	Oferent posiada podstawowy sprzęt do realizacji zajęć fizjoterapeutycznych	 (tak/nie)
	Oferent posiada podstawowy i specjalistyczny sprzęt do realizacji zajęć fizjoterapeutycznych oraz sprzęt do zajęć integracji sensorycznej	 (tak/nie)
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 2 pkt)		 pkt
3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:		
	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
	Możliwość ustalenia indywidualnych godzin z opiekunem lub rodzicem	 (tak/nie)
	Możliwość ustalenia indywidualnych godzin z opiekunem lub rodzicem także w godzinach popołudniowych	 (tak/nie)
	Należy wpisać, czy Program będzie realizowany również w każdą sobotę (i przez ile godzin)	 (tak/nie) godziny
	Należy wpisać, czy prowadzona będzie lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie	 (tak/nie)
Liczba 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 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)	 (tak/nie)

Realizacja umowy z Urzędem Miasta Krakowa	Oferent informuje, że realizował w 2018 r. (w zakresie objętym Programem profilaktyki i terapii dzieci z autyzmem), 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 programów	Posiadane 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	 (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program)
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:	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach wielospecjalistycznej diagnozy dla dzieci do 3 roku życia (zgodnie z opisem Programu):	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach zajęć indywidualnych dla małych dzieci (zgodnie z opisem Programu):	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach zajęć grupowych dla małych dzieci i dla młodzieży, zajęcia ruchowe lub taneczno-ruchowe dla dzieci oraz młodszej i starszej młodzieży (zgodnie z opisem Programu):	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach zajęć z fizjoterapeutą (zgodnie z opisem Programu):	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów

	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach zajęć edukacyjnych i wspierających dla rodziców (zgodnie z opisem Programu):	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach konsultacji specjalistycznych (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	w roku 2019 zł brutto w roku 2020 zł brutto w roku 2021 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:	na rok 2019..... zł brutto na rok 2020..... zł brutto na rok 2021..... zł brutto	

Data oceny:	Podpis:
1. Przewodniczący Komisji konkursowej:	
Członkowie Komisji konkursowej: 1. 2. 3. 4.	