

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków tel. (012) 616-94-92		Załącznik nr 5b do ogłoszenia stanowiącego załącznik do zarządzenia Prezydenta Miasta Krakowa nr z dnia	
Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2019-2021 Formularz ofertowy na 2019 r. Program Nr 5: Program profilaktyki i terapii dzieci z autyzmem. Dzielnica XII			
<i>(pieczęć oferenta)</i>		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		<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	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)
Realizacja świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, odbywa się na obszarze Dzielnicy Miasta Krakowa, dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnic		..... (tak/nie)
Realizacja świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, odbywa się na obszarze Dzielnicy Miasta Krakowa, dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnic i w dzielnicach przyległych do tej Dzielnicy		..... (tak/nie)
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 10 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	..... pacjentów
	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach zajęć indywidualnych dla małych dzieci (zgodnie z opisem Programu):	..... zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	..... 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	..... pacjentów
	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach zajęć	..... zł brutto

	z fizjoterapeutą (zgodnie z opisem Programu):	
	Zakładana liczba pacjentów	..... pacjentów
	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach zajęć edukacyjnych i wspierających dla rodziców (zgodnie z opisem Programu):	..... zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	..... pacjentów
	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach konsultacji specjalistycznych (zgodnie z opisem Programu):	..... zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	..... pacjentów
	Proponowana kwota roczna należności za realizację zamówienia	.....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:**

..... zł brutto

Data oceny:**Podpis:****1. Przewodniczący Komisji konkursowej:****Członkowie Komisji konkursowej:**

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