

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 6
--	---------------------

Formularz ofertowy
Profilaktyka i terapia dzieci z autyzmem: Program profilaktyczno-terapeutyczny dla
dzieci zagrożonych i dotkniętych autyzmem dziecięcym

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

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	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
fax		
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 – w szczególności spełniają warunki określone w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz 739)

Oświadczam, że w przypadku wybrania oferty w terminie wskazanym przez Komisję Konkursową dostarczę dokumenty niezbędne do podpisania umowy tzn.:

- 1) wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej;
- 2) wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 3) statut (jeśli oferent posiada);
- 4) zaświadczenie o nr NIP;
- 5) zaświadczenie o nr REGON;
- 6) oświadczenie o sposobie rozliczenia (rachunek/faktura VAT);
- 7) polisę odpowiedzialności cywilnej oferenta;
- 8) oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych i przyjęciu ich bez zastrzeżeń;
- 9) oświadczenie o nie zaleganiu z należnościami względem ZUS, urzędu skarbowego i Gminy Miejskiej Kraków;
- 10) certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) – jeśli oferent posiada;
- 11) 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 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)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

6.			
Czy zespół wymienionych specjalistów korzysta z regularnej superwizji w swojej merytorycznej działalności ze strony kwalifikowanego „superwizora”:		.....(tak/nie)	
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 1 do 4 pkt)		.....pkt	
2. Pomieszczenia i wyroby medyczne (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		
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 1 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)	
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 1 do 3 pkt)		.....pkt	
4. Dodatkowe punkty możliwe do zdobycia przez oferenta:			
Odrębna linia telefoniczna wyłącznie na potrzeby Programu/programów (wymagany nr stacjonarny):	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 2009 r. (w zakresie objętym Programem), 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)	
Ilość 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
	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach zajęć indywidualnych dla małych dzieci (zgodnie z opisem Programu):	.....zł. brutto
	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
	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach zajęć z fizjoterapeutą (zgodnie z opisem Programu):	.....zł. brutto
	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach zajęć edukacyjnych i wspierających dla rodziców (zgodnie z opisem Programu):	.....zł. brutto
	Cena brutto za 1 godzinę świadczenia w ramach konsultacji specjalistycznych (zgodnie z opisem Programu):	.....zł. brutto

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

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:

(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 i wyroby medyczne (w gabinetach, 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 jednostkowa poszczególnych świadczeń medycznych:	
2. Dokładne wskazanie ilości i kwalifikacji zawodowych personelu realizującego Program:	
3. Proponowany czas realizacji Programu (godziny przyjęć pacjentów):	
<i>(Uwagi Komisji Konkursowej)</i>	
Decyzja Komisji Konkursowej:	
Oferta przyjęta do realizacji: TAK/NIE	
<i>(wskazanie powodów przyjęcia/nie przyjęcia oferty)</i>	
Kwota przyznana na realizację Programu:	na rok 2013..... zł brutto na rok 2014..... zł brutto na rok 2015.....zł brutto
Data oceny:	Podpis:
1. Michał Marszałek	
2. Jadwiga Starnawska – Kasprzyk	
3. Maria Piętań - Frączek	
4. Karolina Kaczor	
5. Justyna Halberda-Wilk	