

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 1
--	---------------------

Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2015
Formularz ofertowy
Pomoc w powrocie do zdrowego funkcjonowania psychicznego: Program
profilaktyki głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych (GZP)

<i>(pieczęć oferenta)</i>	<i>Data wpływu oferty (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 wpisem 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,**

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 do realizacji Programu);
- 12) pozytywna opinia Państwowej Inspekcji sanitarnej potwierdzająca, 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) – jeśli dotyczy realizowanego Programu

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 osobami z GZP (staż pracy w latach)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 1 do 3 pkt)

.....pkt

2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program):

Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu:	Gabinety konsultacyjne o łącznej powierzchni poniżej 15 m²	.....(tak/nie)
	Gabinety konsultacyjne o łącznej powierzchni od 15 – 30 m²	.....(tak/nie)
	Gabinety lekarskie konsultacyjne o łącznej powierzchni powyżej 30 m²	.....(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 - wpisać tak lub nie oraz wskazać nr telefonu	.....(tak/nie) tel. (12).....
	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 1 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 telefon całodobowy na potrzeby Programu (należy wpisać: Tak lub Nie)	.....(tak/nie)
Posiadanie aktualnej w dniu składania oferty umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie świadczeń leczniczych psychiatrycznych	(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 porady diagnostyczno-edukacyjnej dla jednego pacjenta (zgodnie z opisem Programu)	.....zł brutto
	II. Cena brutto sesji edukacyjnej dla jednego pacjenta (zgodnie z opisem Programu)	.....zł brutto
	III. Cena brutto edukacyjnej konsultacji rodzinnej (zgodnie z opisem Programu)	.....zł brutto
	Łączna proponowana kwota należności w 2013 r. na realizację zamówienia.	.....zł brutto

	Łączna proponowana kwota należności w 2014 r. na realizację zamówienia.	..... zł brutto
	Łączna proponowana kwota należności w 2015 r. na realizację zamówienia.	..... zł brutto

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, 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
	II	zł
	III.....	zł
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:

w 2013r.zł brutto,
w 2014 r.....zł brutto,
w 2015r.zł
brutto.

Data oceny:

Podpis:

1. Michał Marszałek

2. Jadwiga Starnawska - Kasprzyk

3. Maria Piętał-Frączek

4. Karolina Kaczor

5. Justyna Halberda-Wilk