

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	Dzielnica.....
--	----------------

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

(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	(stacjonarny)	(komórkowy)
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 rezerwa 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 oraz dołączyć kserokopię certyfikatu):	.....(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 wielospecjalistycznej diagnozy (zgodnie z opisem Programu):	.....zł. brutto
	Cena brutto za 1 godzinę terapii w ramach zajęć indywidualnych (zgodnie z opisem Programu):	.....zł. brutto
	Cena brutto za 1 godzinę terapii w ramach zajęć grupowych (zgodnie z opisem Programu):	.....zł. brutto
	Cena brutto za 1 godzinę zajęć edukacyjnych i wspierających dla rodziców (zgodnie z opisem Programu):	.....zł. brutto
	Cena brutto za 1 godzinę konsultacji specjalistów (zgodnie z opisem Programu):	.....zł. brutto
<p><i>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.</i></p> <p><i>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:</i></p>		
(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):

*(Uwagi Komisji Konkursowej)***Decyzja Komisji Konkursowej:**

Oferta przyjęta do realizacji: TAK/NIE

(wskazanie powodów przyjęcia/nie przyjęcia oferty)

Kwota przyznana na realizację Programu:

.....zł brutto

Data oceny:

Podpis:

1. Michał Marszałek

2. Jadwiga Starnawska – Kasprzyk

3. Maria Piętań - Frączek

4. Karolina Kaczor

5. Justyna Halberda-Wilk