

Udzielający zamówienia:
Urząd Miasta Krakowa
Biuro ds. Ochrony Zdrowia
al. Powstania Warszawskiego 10
tel. (012) 616-94-96 fax (012) 616-94-86

Miejski program zdrowotny Nr 17

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2010-2012”

Formularz ofertowy

„Zapewnienie opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3 przez podmioty inne niż żłobki samorządowe.”

(pieczęć oferenta)

Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia):

I. Dane oferenta

Nazwa oferenta:

Adres siedziby oferenta
(zgodnie z wypisem z
właściwego rejestru):

Nr NIP oferenta:

Nr REGON oferenta:

Telefon kontaktowy:

(stacjonarny)

(mobilny)

Fax:

e-mail:

Numer konta bankowego:

Adres miejsca, w którym
będzie realizowany Program:

aktualny wypis z właściwego rejestru (zakładów opieki zdrowotnej lub indywidualnych praktyk)

aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej

zaświadczenie o nr NIP

zaświadczenie o nr REGON

oświadczenie o przyjętym sposobie rozliczenia finansowego (rachunek lub faktura „VAT”)

W formularzu należy zaznaczyć
posiadanie:

dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe personelu przewidzianego do realizacji Programu

certyfikaty jakości udzielanych świadczeń medycznych (jeśli oferent takie posiada)

II. Elementy oferty podlegające ocenie Komisji

(podawane informacje powinny dotyczyć miejsca, w którym realizowany będzie Program)

Kryteria oceny oferty:

1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do realizacji Programu:

Nazwisko i imię

Czas, od kiedy osoba udziela
świadczeń zdrowotnych
u oferenta (data) wraz ze wskazaniem
podstawy prawnej (umowa o pracę i
jej wymiar, umowa o dzieło, umowa
zlecenie lub inna umowa
cywilnoprawna)

Posiadane wykształcenie
(dokładne wskazanie, w jakiej
dziedzinie)

Posiadane doświadczenie zawodowe w zakresie
opieki nad dzieckiem (łącznie czas pracy)

1.

2.

3.

4.			
5.			
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt):			 pkt
2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program oraz ich wyposażenie:			
	sale pobytu dzieci (zabaw lub odrębnych sypialni), spełniające wymogi sanitarne:	 (Tak / Nie)	
	podstawowe wyposażenie w sprzęt (meble) i zabawki do realizacji Programu:	 (Tak / Nie)	
	wydzielone pomieszczenia przeznaczone dla różnych grup wiekowych, w szczególności dla niemowląt:	 (Tak / Nie)	
	ponadpodstawowe wyposażenie w sprzęt (meble) i zabawki do realizacji Programu:	 (Tak / Nie)	
	ponadpodstawowe wyposażenie w sprzęt (meble) i zabawki do realizacji Programu oraz przygotowywania posiłków dla dzieci:	 (Tak / Nie)	
	w salach pobytu dzieci powierzchnia pomieszczenia przypadająca na 1 dziecko wynosi 3,0 m ² :	 (Tak / Nie)	
	zapewniona jest możliwość wyjścia na teren przyległy wyposażony w urządzenia do zabaw, niedostępny dla osób trzecich:	 (Tak / Nie)	
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt):			 pkt
3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:			
	Program realizowany będzie przez 5 dni w tygodniu, z wyłączeniem dni wolnych od pracy, od godz. 7 ⁰⁰ do godz. 17 ⁰⁰ :	 (Tak / Nie)	
	Program realizowany będzie dodatkowo, poza wskazanym czasem, w godzinach indywidualnie ustalanych z opiekunem każdego dziecka:	 (Tak / Nie)	
	dietetyk dziecięcy udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach opieki nad dzieckiem na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej, w godzinach indywidualnie ustalanych z opiekunem każdego dziecka (konsultacje z opiekunem dziecka):	 (Tak / Nie)	
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt):			 pkt
4. Dodatkowe punkty – wymogi pożądane (punkty możliwe do zdobycia przez oferenta):			
	zapewnienie opieki nad dziećmi w wieku do 3 lat dla grupy powyżej 10 dzieci:	 (Tak / Nie)	
	uruchomienie strony internetowej (z aktywnym adresem poczty elektronicznej) na potrzeby realizacji Programu:		
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 2 pkt):			 pkt
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:			 pkt
Proponowana cena za realizację Programu:			
Proponowana wysokość środków finansowych za realizację Programem:	Cena brutto za miesięczną opiekę nad jednym dzieckiem w placówce:	zł brutto	
	Kwota należności proponowana za <u>roczną</u> realizację Programu (łączna roczna wartość Programu):	zł brutto	
Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.			
(data, podpis i pieczęć oferenta lub osoby/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:			
Decyzja Komisji Konkursowej:			

Oferta przyjęta do realizacji: Tak/Nie

(wskazanie powodów nie przyjęcia oferty)

Kwota przyznana na realizację Programu (roczna):

.....zł brutto

Członkowie Komisji:**Podpis (data oceny):****1. Michał Marszałek****2. Beata Czarnoła****3. Ewa Ciszewska-Nieć****4. Karolina Kaczor****5. Paweł Lipowski**