

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 2010 -2012
Formularz ofertowy na rok 2011
Program profilaktyki głębokich, nawracających zaburzeń psychicznych (GZP).

(pieczęć oferenta)	Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia)
--------------------	--

I. Dane oferenta

Nazwa oferenta		
Adres siedziby oferenta <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 będzie realizowany Program		
Do formularza ofertowego należy dołączyć:	aktualny wypis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub rejestru praktyk	
	aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej	
	statut <i>(jeśli oferent taki posiada)</i>	
	zaświadczenie o nr NIP	
	zaświadczenie o nr REGON	
	oświadczenie upoważnionej osoby (głównego księgowego lub kierownika oferenta) o przyjętym sposobie rozliczenia: rachunek/faktura VAT	
	dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe personelu przewidzianego do realizacji Programu	
	certyfikaty jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) <i>(jeśli oferent takie posiada)</i>	

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 0 do 3 pkt)

.....pkt

2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program):

Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu:	Gabinety konsultacyjne o łącznej powierzchni od 15 – 30 m ²	.....(tak/nie)
	Gabinety lekarskie konsultacyjne o łącznej powierzchni powyżej 30 m ²	.....(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 (wymagany nr stacjonarny) - 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 Program będzie mógł być realizowany w mieszkaniu pacjenta	..... (tak/nie)
	Należy wpisać, czy prowadzona będzie tzw. lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie	.....(tak/nie)

Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 4 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 odrębną linię telefoniczną (należy wpisać: Tak lub Nie)	.....(tak/nie)
Posiadanie aktualnej w dniu składania oferty umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia 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)
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 sesji rodzinnej (zgodnie z opisem Programu)	.....zł brutto
	Proponowana kwota należności za realizację zamówienia w roku 2011	.....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):		
<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:		.....zł brutto
Data oceny:	Podpis:	
1. Michał Marszałek		
2. Jadwiga Starnawska - Kasprzyk		
3. Maria Piętał-Frączek		
4. Karolina Kaczor		
5. Ewa Ciszewska-Nieć		
6. Grażyna Jędrzejewska		
7. Ryszard Osiński		