

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	<b>Program Nr 2</b>
--	---------------------

**Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2010 -2012**  
**Formularz ofertowy na rok 2011**  
**Program „Wsparcie w procesie dorastania” – etap II.**

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

**I. Dane oferenta**

<b>Nazwa oferenta</b>		
<b>Adres siedziby oferenta</b> <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>		
<b>Nr NIP oferenta</b>		
<b>Nr REGON oferenta</b>		
<b>Telefon kontaktowy</b>	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
<b>fax</b>		
<b>e-mail</b>		
<b>Numer konta bankowego</b>		
<b>Adres miejsca (gabinetu), w którym będzie realizowany Program</b>		
<b>Do formularza ofertowego należy dołączyć:</b>	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 dziećmi i młodzieżą (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 <sup>2</sup>	.....(tak/nie)
	Gabinety lekarskie konsultacyjne o łącznej powierzchni powyżej 30 m <sup>2</sup>	.....(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 prowadzona będzie tzw. lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie	.....(tak/nie)

Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)

.....pkt

<b>4. Dodatkowe punkty możliwe do zdobycia przez oferenta:</b>		
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
<b>Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:</b>		..... pkt
<b>Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:</b>		
Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	I. Cena brutto indywidualnej sesji diagnostycznej (zgodnie z opisem Programu)	.....zł brutto
	II. Cena brutto indywidualnej sesji terapeutycznej (zgodnie z opisem Programu)	.....zł brutto
	Proponowana kwota należności za realizację zamówienia w roku 2011	.....zł brutto
<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>		
<i>(data, podpis i pieczęć oferenta lub osób/osób upoważnionej/upoważnionych do jego reprezentacji)</i>		
<b>Ocena oferty przez Komisję Konkursową (wypełnia Komisja):</b>		
<b>Oferta przyjęta pod względem spełniania wymagań formalnych (Tak / Nie)</b>		
Przyczyna odrzucenia oferty:		
<b>Kryteria oceny</b>		
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
<b>Łącznie:</b>		<b>pkt</b>

**Kryteria dodatkowe - stosowane w przypadkach, gdy więcej niż jeden oferent uzyska tę samą liczbę punktów:**

<b>1. Cena jednostkowego świadczenia medycznego udzielanego w ramach Programu:</b>	I ..... zł II ..... zł
<b>2. Dokładne wskazanie ilości i kwalifikacji zawodowych personelu realizującego Program:</b>	
<b>3. Proponowany czas realizacji Programu (godziny przyjęć pacjentów):</b>	

*(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

<b>Data oceny:</b>	<b>Podpis:</b>
1. Michał Marszałek	
2. Jadwiga Starnawska - Kasprzyk	
3. Maria Piętał-Frączek	
4. Karolina Kaczor	
5. Ewa Ciszewska-Nieć	
6. Grażyna Jędrzejewska	
7. Ryszard Osiński	