**Załącznik nr 4 do ogłoszenia**

**KARTA OCENY OFERTY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa oferenta |  |
| Numer oferty |  |
| Nazwa konkursu | Konkurs na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pod nazwą: **”Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Miasta i Gminy Łasin na lata 2023-2025”** |

**OCENA FORMALNA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Kryteria oceny formalnej**  *analiza formalna odbywa się poprzez wskazanie w odpowiedniej kolumnie znaku „x”, jeżeli kryterium jest spełnione / nie jest spełnione / nie dotyczy oferenta* | **Spełnia** | **Nie spełnia** | **Nie dotyczy** |
| 1 | Zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS (jeżeli dotyczy) |  |  |  |
| 2 | Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG (jeżeli dotyczy) |  |  |  |
| 3 | Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą |  |  |  |
| 4 | Oświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń wymaganych w związku z Programem |  |  |  |
| 5 | Oświadczenie potwierdzające zapewnienie właściwego sprzętu medycznego i infrastruktury niezbędnych do prawidłowej realizacji Programu |  |  |  |
| 6 | Kopia polisy ubezpieczeniowej OC |  |  |  |
| 7 | Wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych |  |  |  |
| 8 | Oświadczenie potwierdzające posiadane doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych |  |  |  |
| 9 | Oświadczenie potwierdzające stosowanie zaleceń i rekomendacji polskich ekspertów (np. zaleceń Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego Sekcji Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporozy dotyczących diagnostyki i leczenia osteoporozy) |  |  |  |
| 10 | Oświadczenie, że oferent realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców |  |  |  |
| 11 | Oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych |  |  |  |
| 12 | Oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe |  |  |  |
| 13 | Oświadczenie, że oferent jest jedynym posiadaczem rachunku, na który w przypadku zawarcia umowy ze zleceniodawcą zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym |  |  |  |
| 14 | Oświadczenie, że podmiot nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem udzielonych jego uczestnikom, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego |  |  |  |
| 15 | Oświadczenie oferenta o zobowiązaniu do ochrony danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) |  |  |  |
| 16 | Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią niniejszego ogłoszenia konkursowego |  |  |  |
| 17 | Oświadczenie, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym |  |  |  |
| 18 | Formularz oferowy – opis proponowanego sposobu realizacji Programu, harmonogram działań, kompetencje i kwalifikacje, wyposażenie, zasoby kadrowe oferenta – zgodnie z Załącznikiem nr 1 |  |  |  |
| 19 | Formularz kalkulacji kosztów sporządzony zgodnie z Załącznikiem nr 2 |  |  |  |

**Wynik oceny formalnej Tak/Nie**

|  |  |
| --- | --- |
| Oferta spełnia wymogi formalne i podlega ocenie merytorycznej\* |  |
| Oferta nie spełnia wymogów formalnych i podlega uzupełnieniu\* |  |
| Oferta uzupełniona dnia……………………….. i podlega ocenie merytorycznej |  |
| Oferta nie spełnia wymogów formalnych i nie podlega ocenie merytorycznej\* |  |

***\*niepotrzebne skreślić lub właściwe podkreślić***

Podpis przewodniczącego ....................................................

Podpis zastępcy przewodniczącego ...........................................

Podpis sekretarza ..................................................................

Podpis członka .......................................................................

**OCENA MERYTORYCZNA OFERTY**

**FORMULARZ WYPEŁNIA KOMISJA KONKURSOWA PODCZAS PRAC KOMISJI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NAZWA KRYTERIUM** | **LICZBA PUNKTÓW** | **LICZBA UZYSKANYCH PUNKTÓW** |
| Wartość merytoryczna oferty w stopniu w jakim oferta odpowiada wymogom podanym w ogłoszeniu konkursowym | Od 0 do 5 pkt |  |
| Racjonalność kalkulacji kosztów w relacji do zakresu rzeczowego zadania aktualnych średnich stawek na rynku usług | Od 0 do 15 pkt |  |
| Doświadczenie oferenta w realizacji Programów Polityki Zdrowotnej w szczególności profilaktyki osteoporozy | 0 – brak doświadczenia  od 0 do 5 pkt – doświadczenie w realizacji PPZ  od 0 do 10 pkt – doświadczenie w realizacji PPZ osteoporozy |  |
| Wyposażenie i zasoby kadrowe oferenta | Od 0 do 15 pkt |  |
| Całkowity koszt Programu | max 10 pkt |  |
| Dostępność do świadczeń Programu | co najmniej 1 raz w miesiącu – 10 pkt  co najmniej 2 raz w miesiącu – 5 pkt  dostępność akcyjna – od 1 do 5 pkt |  |
| Suma punktów | |  |

**Uwagi dotyczące oceny formalnej i merytorycznej:**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………....**

Podpis przewodniczącego ....................................................

Podpis zastępcy przewodniczącego ...........................................

Podpis sekretarza ..................................................................

Podpis członka .......................................................................