

# Załącznik nr 3

# do Regulaminu pracy

# komisji konkursowej

KARTA OCENY FORMALNEJ

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa oferenta** |  |
| **Nr oferty** |  |
| **Nazwa konkursu** | Konkurs na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pod nazwą: **„Profilaktyka stomatologiczna dla dzieci w wieku 7-11 lat, zamieszkałych w Poznaniu, na lata 2021-2023”** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OCENA FORMALNA** | | | |
| **Kryteria oceny formalnej**  */analiza formalna odbywa się poprzez wskazanie w odpowiedniej kolumnie znaku „x”, jeżeli kryterium jest spełnione lub też wówczas, gdy nie jest spełnione/* | | **Spełnia** | **Nie spełnia** |
|  | Zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS (jeżeli dotyczy) |  |  |
|  | Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG (jeżeli dotyczy) |  |  |
|  | Statut podmiotu (w przypadku obowiązku sporządzania statutu) lub regulamin organizacyjny (w przypadku obowiązku posiadania regulaminu) |  |  |
|  | Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą |  |  |
|  | Dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej okręgowej rady lekarskiej (w przypadku praktyk zawodowych lekarzy indywidualnych lub grupowych) |  |  |
|  | Zezwolenie na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych) |  |  |
|  | Oświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń wymaganych w związku z Programem |  |  |
|  | Oświadczenie potwierdzające posiadanie lokalu usytuowanego na terenie miasta Poznania niezbędnego do prawidłowej realizacji Programu |  |  |
|  | Oświadczenie potwierdzające zapewnienie właściwego sprzętu medycznego niezbędnego do prawidłowej realizacji Programu |  |  |
|  | Oświadczenie potwierdzające posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu |  |  |
|  | Oświadczenie potwierdzające stosowanie standardów i wytycznych zgodnych z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej |  |  |
|  | Oświadczenie, że oferent realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców |  |  |
|  | Oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych |  |  |
|  | Oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe |  |  |
|  | Oświadczenie, że podmiot składający ofertę 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 |  |  |
|  | Oświadczenie, że podmiot nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych programem finansowanym z budżetu Miasta Poznania, udzielonych uczestnikom tego Programu, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego |  |  |
|  | 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) |  |  |
|  | Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią niniejszego ogłoszenia konkursowego w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka stomatologiczna dla dzieci w wieku 7-11 lat, zamieszkałych w Poznaniu, na lata 2021-2023” |  |  |
|  | Oświadczenie, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym |  |  |
| Podsumowanie | |  |  |
| **WYNIK OCENY FORMALNEJ OFERTY** | | | |
| Oferta spełnia / nie spełnia\* kryteriów formalnych i może / nie może\* podlegać ocenie merytorycznej | | | |

*\** Niewłaściwe skreślić.

Analizę formalną przeprowadzono w dniu …………………………

…….…………………………………

Podpis sporządzającego

…….…………………………………

Podpis przewodniczącego komisji konkursowej