

# Załącznik nr 4

# do Regulaminu pracy

# komisji konkursowej

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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”** |

Informacje techniczne:

1. Oceniane kryterium odpowiada zakresowi poszczególnych części Formularza ofertowego.
2. Minimalna i maksymalna punktacja poszczególnych komponentów wskazanych w tabeli oceny odpowiada zakresowi określonemu w ogłoszeniu konkursowym, co oznacza, że nie można odejmować punktów za brak jakiegoś elementu ani też przyznawać punktacji wyższej aniżeli przypisane poszczególnym kryteriom maksymalne wartości punktowe.
3. Punktacja przyznana przez poszczególnych członków komisji konkursowej odnotowywana jest w tabeli pod nazwiskiem osoby oceniającej.
4. Całkowitą liczbę punktów przyznanych danej ofercie stanowi suma punktów uzyskanych w poszczególnych kryteriach oceny.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM nr 1** | | | **OCENY CZŁONKÓW KOMISJI KONKURSOWEJ** | | | | | | | | |
| **1** | **Zakres i opis działań planowanych do realizacji przez oferenta**  *(oceniane komponenty zawarte są w części II Formularza ofertowego)* | | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** |
| w tym: | Punktacja |
| a) | zapraszanie/rekrutacja uczestników do Programu | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| b) | organizacja Programu | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| c) | interwencje podejmowane w ramach Programu | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| d) | dostępność usług realizowanych w ramach Programu | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| e) | monitorowanie i ewaluacja usług realizowanych w ramach Programu | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LICZBA PRZYZNANYCH PUNKTÓW** | | Max. 10 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW**  **(Sumę punktów dla danego kryterium stanowi liczba przyznanych punktów podzielona przez liczbę osób oceniających)** | | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM nr 2** | | | **OCENY CZŁONKÓW KOMISJI KONKURSOWEJ** | | | | | | | | |
| **2** | **Doświadczenie oferenta i skuteczność realizacji Programu**  *(oceniane komponenty zawarte są w części III Formularza ofertowego)* | | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** |
| w tym: | Punktacja |
| a) | dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją świadczeń stomatologicznych, w tym:   * mniej niż 1 rok = 0 pkt * od 1 roku do 3 lat = 2 pkt * od 3 lat do 5 lat = 3 pkt * od 5 i powyżej = 5 pkt | 0-5 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| b) | dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją działań z zakresu profilaktyki i edukacji stomatologicznej, w tym:   * mniej niż 1 rok = 0 pkt * od 1 roku do 3 lat = 2 pkt * od 3 lat do 5 lat = 3 pkt * od 5 i powyżej = 5 pkt | 0-5 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| c) | efektywność w odniesieniu do liczby uczestników przewidzianych w Programie – roczna liczba badań lekarskich stomatologicznych wraz z instruktażem higieny jamy ustnej przeprowadzonych w okresie ostatnich 2 lat, w tym:   * mniej niż 1000 = 0 pkt * od 1001 do 2000 = 1 pkt * od 2001 do 3000 = 2 pkt * od 3001 do 4000 = 3 pkt * od 4001 do 5000 = 4 pkt * od 5001 i powyżej = 5 pkt | 0-5 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LICZBA PRZYZNANYCH PUNKTÓW** | | Max. 15 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA PUNKTÓW**  **(Sumę punktów dla danego kryterium stanowi liczba przyznanych punktów podzielona przez liczbę osób oceniających)** | | |  | | | | | | | | |
| **KRYTERIUM nr 3** | | | **OCENY CZŁONKÓW KOMISJI KONKURSOWEJ** | | | | | | | | |
| **3** | **Kompetencje i kwalifikacje oferenta**  *(oceniane komponenty zawarte są w części IV Formularza ofertowego)* | | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** |
| w tym: | Punktacja |
| a) | kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w reali- zacji Programu z uwzględnieniem jego doświadczenia: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| lekarz stomatolog | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| pielęgniarka lub higienistka stomatologiczna | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| pielęgniarka środowiska nauczania / higienistka / pielęgniarka szkolna | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| osoba odpowiedzialna za edukację profilaktyczną | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| osoba odpowiedzialna za realizację Programu | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| b) | sprzęt i aparatura przeznaczona na realizację Programu | 0-2pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| c) | przygotowanie materiałów edukacyjnych i ich upowszechnianie | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| d) | przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji medycznej | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| e) | dostępność usług dla osób z niepełnosprawnościami | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| f) | nagrody i certyfikaty potwierdzające jakość usług świadczonych przez oferenta | 0-2 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LICZBA PRZYZNANYCH PUNKTÓW** | | Max. 20 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA PUNKTÓW**  **(Sumę punktów dla danego kryterium stanowi liczba przyznanych punktów podzielona przez liczbę osób oceniających)** | | |  |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM nr 4** | | | **OCENY CZŁONKÓW KOMISJI KONKURSOWEJ** | | | | | | | | |
| **4** | **Koszty realizacji Programu**  *(oceniane komponenty zawarte są w formularza kalkulacji kosztów)* | | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** | **Imię i nazwisko** |
| w tym: | Punktacja |
| a) | przejrzystość kalkulacji kosztów | 0-5 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| b) | spójność kosztorysu z zadaniami ujętymi w Programie | 0-10 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| c) | cena oferty – realizator, który zaoferuje najniższą cenę brutto otrzyma 40 pkt, a dla pozostałych ofert punktacja w tym kryterium zostanie obliczona w następujący sposób:  C = (Cmin / Cx) × 40  *gdzie:*  *C – liczba punktów w kryterium „cena oferty”*  *Cmin – najniższa cena brutto spośród złożonych ofert*  *Cx – cena brutto oferty badanej* | 0-40 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **LICZBA PRZYZNANYCH PUNKTÓW** | | Max. 55 pkt |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA PUNKTÓW**  **(Sumę punktów dla danego kryterium stanowi liczba przyznanych punktów podzielona przez liczbę osób oceniających)** | | |  |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZESTAWIENIE PUNKTACJI OFERTY** | | | |
| **KRYTERIUM:** | | Punktacja | **LICZBA PRZYZNANYCH PUNKTÓW** |
|  | **Zakres i opis działań planowanych do realizacji przez oferenta** | 0-10 pkt |  |
|  | **Doświadczenie oferenta i efektywność realizacji Programu** | 0-15 pkt |  |
|  | **Kompetencje i kwalifikacje oferenta** | 0-20 pkt |  |
|  | **Koszty realizacji Programu** | 0-55 pkt |  |
| **Łączna suma punktów uzyskanych w ramach oceny merytorycznej** | | Max. 100 pkt |  |

Ocenę merytoryczną sporządzono na posiedzeniu komisji konkursowej w dniu ……………………………………….

…….………………………….…………… …….………………………..……………

Podpis sporządzającego członka komisji konkursowej Podpis przewodniczącego komisji konkursowej