****

# Załącznik nr 3

# do Regulaminu pracy

# komisji konkursowej

KARTA OCENY FORMALNEJ

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa oferenta** |  |
| **Numer oferty** |  |
| **Nazwa konkursu** | Konkurs na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pod nazwą: **„Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród kobiet w wieku 50+, 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 / nie jest spełnione / nie dotyczy oferenta* | **Spełnia** | **Nie spełnia** | **Nie dotyczy** |
|  | 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 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 zaleceń i rekomendacji polskich ekspertów (np. zaleceń Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego Sekcji Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporoz dotyczących diagnostyki i leczenia osteoporozy) |  |  |  |
|  | 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 ogłoszenia konkursowego w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród kobiet w wieku 50+, zamieszkałych w Poznaniu, na lata 2024-2027” |  |  |  |
|  | Oświadczenie, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym |  |  |  |
| **WYNIK OCENY FORMALNEJ OFERTY**(TAK/NIE) |
| Oferta spełnia kryteria formalne i może podlegać ocenie merytorycznej |  |
| Oferta nie spełnia kryteriów formalnych i nie może podlegać ocenie merytorycznej |  |

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

…….…………………………

Podpis sporządzającego

...…………….…………………………………

Podpis przewodniczącej komisji konkursowej