

## OGŁOSZENIE KONKURSU OFERT NA WYBÓR REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Prezydent Miasta Poznania

ogłasza konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej **pn. „Profilaktyka stomatologiczna dla dzieci w wieku 7-11 lat, zamieszkałych w Poznaniu, na lata 2021-2023”**.

### I. PRZEDMIOT KONKURSU

Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora, który zorganizuje i przeprowadzi działania ujęte w Programie polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka stomatologiczna dla dzieci w wieku 7-11 lat, zamieszkałych w Poznaniu, na lata 2021-2023”. Program zapewnia możliwość skorzystania z bezpłatnych świadczeń profilaktyki stomatologicznej dzieciom w wieku 7-11 lat oraz ich opiekunom.

Wysokość środków finansowych przeznaczonych z Budżetu Miasta Poznania na realizację całego Programu na lata 2021-2023 wynosi **882 000,00 zł brutto**. Program obejmować będzie dofinansowanie do konsultacji stomatologicznych połączonych z instruktą higieny jamy ustnej, dofinansowanie do lakowania zębów oraz finansowanie działań profilaktycznych i edukacyjnych skierowanych do dzieci i ich opiekunów/rodziców.

### II. ADRESACI KONKURSU

Konkurs adresowany jest do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w trybie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 ze zm).

Oferent przystępujący do konkursu powinien spełniać następujące warunki:

- 1) posiadać uprawnienia do wykonywania świadczeń ogólnostomatologicznych lub ogólnostomatologicznych dla dzieci do ukończenia 18 roku życia;
- 2) wykonywać co najmniej 1000 badań lekarskich stomatologicznych rocznie, obejmujących również instruktą higieny jamy ustnej w okresie ostatnich 2 lat;
- 3) dysponować odpowiednią, doświadczoną kadrą oraz aparaturą i posiadać odpowiednie warunki do prowadzenia leczenia w ramach realizacji miejskiego Programu;
- 4) stosować wytyczne Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej (PTSD) zawarte w Zaleceniach w zakresie higieny jamy ustnej dla dzieci i młodzieży w kolejnych grupach wiekowych;
- 5) zapewnić pomieszczenia spełniające warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 595 ze zm.).

### III. UCZESTNICZY PROGRAMU

Uczestnikami Programu będą dzieci w wieku 7-11 lat zamieszkałe w Poznaniu, których przynajmniej jeden rodzic lub opiekun prawny rozlicza podatek dochodowy od osób fizycznych w urzędzie skarbowym właściwym dla miasta Poznania.

Dofinansowanie w ramach miejskiego Programu będzie obejmowało badanie lekarskie stomatologiczne wraz z instruktażem higieny jamy ustnej oraz lakowanie bruzd zębów pierwszych trzonowych. Z Programu mogą skorzystać dzieci, które spełniają kryteria włączenia do Programu opisane poniżej:

<b>Uczestnikami Programu mogą być:</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. dzieci w przedziale wiekowym 7-11 lat wg rocznika urodzenia;</li><li>2. rodzice/opiekunowie dziecka wyrażający pisemną zgodę na uczestnictwo dziecka w Programie;</li><li>3. dzieci, których przynajmniej jeden z rodziców/opiekunów składa zeznanie podatkowe i rozlicza się we właściwym dla Miasta Poznania urzędzie skarbowym;</li><li>4. dzieci, które nie mają przeciwwskazań do udziału w Programie w częściach związanych z badaniem lekarskim lub lakowaniem bruzd.</li></ol>
<b>Zasady uczestnictwa w Programie</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Podstawą uczestnictwa w Programie jest kwalifikacja uczestników na podstawie zgłoszeń/rejestracji do realizatora Programu.</li><li>2. Dofinansowanie do badania lekarskiego stomatologicznego wraz z instruktażem higieny jamy ustnej obejmuje badanie, które nie jest finansowane w ramach świadczenia gwarantowanego (ICD-9-CM 23.0101) finansowanego ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.</li><li>3. Dofinansowanie do lakowania bruzd zębów pierwszych trzonowych obejmuje lakowanie, które nie jest finansowane w ramach świadczenia gwarantowanego (ICD-9-CM 23.1003) finansowanego ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.</li><li>4. Wykonanie świadczeń profilaktyki stomatologicznej u dziecka zapewnionych w Programie wymaga zgłoszenia/rejestracji uczestnika do realizatora Programu oraz zgody rodzica lub opiekuna prawnego.</li><li>5. O kolejności i dostępności wykonywania świadczeń w ramach Programu decyduje kolejność zgłoszeń (lub rejestracji) uczestników, zawierających informacje niezbędne dla zakwalifikowania się do Programu oraz zgodne z kryteriami włączenia do Programu.</li><li>6. Program obejmuje dofinansowanie do wysokości 100% kosztów badania stomatologicznego wraz z instruktażem higieny jamy ustnej (łącznie nie więcej niż 20 zł) oraz do wysokości 100% kosztów lakowania 1 zęba (łącznie nie więcej niż 30 zł).</li><li>7. Cennik pozostałych procedur i usług, które mogą dotyczyć uczestników Programu, powinien być im udostępniony przez podmiot realizujący Program na stronie internetowej oraz w widocznym miejscu w siedzibie realizatora, a także precyzyjnie określony w czasie.</li></ol>

#### **IV. OPIS DZIAŁAŃ PROWADZONYCH W RAMACH REALIZACJI PROGRAMU**

Do obowiązków Oferenta należeć będzie m.in.:

1. zapewnienie dostępności do świadczeń finansowanych w ramach realizacji Programu minimum przez 5 dni w tygodniu;
2. zapewnienie pacjentom kontaktu telefonicznego z realizatorem Programu przez 5 dni w tygodniu;
3. zapewnienie pacjentom warunków dostępności i bezpieczeństwa uwzględniających sytuacje związane z ograniczeniami sprawności lub zdarzeniami epidemicznymi;
4. kwalifikowanie uczestników do Programu.

Ponadto Oferenta dotyczą następujące wymagania:

1. stosowanie standardów zgodnie z wytycznymi i rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej (PTSD);
2. stosowanie Zaleceń w zakresie higieny jamy ustnej dla dzieci i młodzieży w kolejnych grupach wiekowych rekomendowanych przez PTSD;

3. raportowanie realizacji Programu na formularzach przygotowanych przez Zleceniodawcę i na zasadach określonych w umowie na realizację zadania;
4. umieszczenie informacji o realizowanym Programie na stronie internetowej oraz w siedzibie realizatora Programu;
5. monitorowanie oceny jakości udzielonych świadczeń w postaci ankiety satysfakcji uzgodnionej ze Zleceniodawcą.

Dopuszcza się realizację zadania z udziałem podwykonawców, lecz Oferent również musi brać czynny udział w wykonaniu zadań określonych w pkt III niniejszych warunków szczegółowych konkursu. Organizator konkursu ma prawo zażądać wglądu w umowy o współpracy z podwykonawcami.

<b>INTERWENCJE ZAPLANOWANE W PROGRAMIE</b>	
1.	<b>Działania edukacyjne</b> powinny objąć przeprowadzenie przynajmniej następujących elementów: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) zaplanowanie edukacji skierowanej do dzieci oraz ich rodziców/opiekunów,</li> <li>b) opracowanie tematyki spotkań zgodnej z zakresem określonym w Programie,</li> <li>c) przygotowanie treści i materiałów edukacyjnych dostosowanych do wieku odbiorców,</li> <li>d) przeprowadzenie spotkań edukacyjnych (bezpośrednich oraz online),</li> <li>e) przeprowadzenie kwalifikacji uczestników do Programu,</li> <li>f) ocenienie wiedzy uczestników Programu i ich rodziców/opiekunów.</li> </ol>
2.	<b>Badanie stomatologiczne z instruktą higieny jamy ustnej</b> powinno objąć przeprowadzenie przynajmniej następujących elementów: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) przegląd stanu uzębienia,</li> <li>b) określenie wskaźnika puw i PUW,</li> <li>c) instruktaż profilaktyki przeciwpróchnicowej.</li> </ol>
3.	<b>Lakowanie bruzd zębów pierwszych trzonowych (stałych)</b> powinno objąć przeprowadzenie przynajmniej następujących elementów: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) indywidualną analizę potrzeby wykonania zabezpieczenia bruzd zębów pierwszych trzonowych (stałych),</li> <li>b) w przypadku stwierdzonej potrzeby wykonanie procesu lakowania przez lekarza dentystę.</li> </ol>

## V. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Ofertę sporządza się w języku polskim na formularzu ofertowym, stanowiącym załącznik nr 1 do ogłoszenia, oraz na formularzu kalkulacji kosztów realizacji Programu, stanowiącym załącznik nr 2 do ogłoszenia.
3. Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:
  - 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).
4. Wszelkie dokumenty muszą być podpisane przez Oferenta – osobę lub osoby uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.
5. Z chwilą ustanowienia pełnomocnictwa istnieje obowiązek załączenia do oferty pełnomocnictwa z podaniem jego zakresu.
6. Oferty niezgodne, czyli takie, których treść nie odpowiada treści niniejszego ogłoszenia, zostaną odrzucone bez dalszego rozpatrywania.

7. Kopie dokumentów wchodzących w skład oferty muszą być poświadczone przez Oferenta za zgodność z oryginałem.
8. Ogłoszeniodawca może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu wyłącznie wtedy, gdy złożona przez Oferenta kserokopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi uzasadnione wątpliwości co do jej prawidłowości.
9. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Oferent.

## VI. TERMIN I MIEJSCE SKŁADANIA OFERT

1. Termin składania ofert upływa **26 marca 2021 r. o godzinie 15:30.**
2. Oferty konkursowe należy składać w formie papierowej w zamkniętej kopercie lub innym opakowaniu uniemożliwiającym ich odczytanie przed otwarciem.
3. Oferty należy kierować do:

**Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania  
ul. 3 Maja 46, 61-728 Poznań**

**opatrzone napisem:**

**„Oferta na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka stomatologiczna dla dzieci w wieku 7-11 lat, zamieszkałych w Poznaniu, na lata 2021-2023”.**

4. Ofertę można składać w kancelarii na parterze Urzędu Miasta Poznania przy ul. 3 Maja 46 w Poznaniu w godzinach pracy Urzędu, wrzucić je do skrzynki podawczej zlokalizowanej na parterze lub przesłać pocztą na adres Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych.  
UWAGA: Przy wysłaniu pocztą lub kurierem decyduje data wpływu oferty do Urzędu Miasta Poznania.
5. Oferent może wprowadzić zmiany w złożonej ofercie lub ją wycofać, pod warunkiem, że uczyni to przed upływem terminu składania ofert. Zarówno zmiana, jak i wycofanie oferty wymagają zachowania formy pisemnej. Na kopercie zewnętrznej należy dodatkowo umieścić zastrzeżenie „Zmiana oferty” lub „Wycofanie oferty”.

## VII. OSOBA DO KONTAKTU ZE STRONY OGŁOSZENIODAWCY

Szczegółowych informacji na temat przedmiotu niniejszego postępowania konkursowego udzielają:

1. Anna Sas, e-mail: anna\_sas@um.poznan.pl, tel. 61 878 40 39,
2. Urszula Piaszczyńska, e-mail: urszula\_piaszczynska@um.poznan.pl, tel. 61 878 54 80.

## VIII. TRYB ROZPATRYWANIA I OCENA OFERT

1. Złożone w Konkursie oferty przekazywane są do Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych, a następnie kierowane są pod obrady komisji konkursowej powołanej przez Prezydenta Miasta Poznania.
2. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu komisji konkursowej. Do chwili otwarcia oferty w stanie nienaruszonym przechowuje Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych w swojej siedzibie.
3. Komisja obraduje na posiedzeniach zamkniętych, które organizuje i prowadzi przewodniczący komisji.
4. Możliwy jest udział Oferentów w części otwartej posiedzenia komisji konkursowej dotyczącej otwarcia ofert. O terminie otwarcia ofert komisja informuje Oferentów drogą e-mailową.
5. W przypadku uczestnictwa w otwarciu ofert osoby niewymienionej w dokumentach jako upoważnionej do reprezentacji Oferenta należy dostarczyć stosowne upoważnienie przed rozpoczęciem obrad komisji konkursowej.
6. Otwarcie ofert odbędzie się podczas posiedzenia komisji konkursowej.

7. W sytuacji związanej z epidemią COVID-19 dopuszcza się odbycie posiedzenia komisji w formie online przy wykorzystaniu zasobów technicznych umożliwiających przekazanie informacji organizacyjnych zapewniających zdalne uczestnictwo członkom komisji konkursowej.
8. Dopuszcza się również przeprowadzenie w formie online części dotyczącej otwarcia ofert przy wykorzystaniu zasobów technicznych umożliwiających przekazanie informacji organizacyjnych zapewniających zdalne uczestnictwo Oferentom.
9. W trakcie oceniania prawidłowości formalnej złożonych ofert komisja konkursowa może zażądać udzielenia przez Oferentów wyjaśnień dotyczących złożonych przez nich ofert.
10. Ocenie podlegają tylko oferty spełniające następujące warunki określone w ogłoszeniu:

WARUNKI UDZIAŁU W KONKURSIE		Dokumenty lub oświadczenia potwierdzające spełnienie warunków udziału w konkursie ofert
1.	Zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS (jeżeli dotyczy)	<i>kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta</i>
2.	Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG (jeżeli dotyczy)	<i>kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta</i>
3.	Statut podmiotu (w przypadku obowiązku sporządzania statutu) lub regulamin organizacyjny (w przypadku obowiązku posiadania regulaminu)	<i>kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta</i>
4.	Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	<i>kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta</i>
5.	Dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej okręgowej rady lekarskiej (w przypadku praktyk zawodowych lekarzy indywidualnych lub grupowych)	<i>kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta</i>
6.	Zezwolenie na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych)	<i>kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta</i>
7.	Oświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń wymaganych w związku z Programem	<i>Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta</i>
8.	Oświadczenie potwierdzające posiadanie lokalu usytuowanego na terenie miasta Poznania niezbędnego do prawidłowej realizacji Programu	<i>Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta</i>
9.	Oświadczenie potwierdzające zapewnienie właściwego sprzętu medycznego niezbędnego do prawidłowej realizacji Programu	<i>Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta</i>
10.	Oświadczenie potwierdzające posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu	<i>Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta</i>
11.	Oświadczenie potwierdzające stosowanie standardów i wytycznych zgodnych z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej	<i>Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta</i>
12.	Oświadczenie, że Oferent realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców	<i>Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta</i>
13.	Oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych	<i>Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta</i>
14.	Oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych	<i>Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu</i>

	z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe	Oferenta
15.	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 złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta
16.	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 złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta
17.	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 złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta
18.	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 złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta
19.	Oświadczenie, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym	Oświadczenie złożone w formularzu ofertowym przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta

11. Oferty niespełniające warunków określonych w ogłoszeniu lub złożone po terminie zostaną odrzucone i nie wezmą udziału w ocenie ofert w konkursie.

12. Oferty konkursowe oceniane będą wg następujących kryteriów:

NAZWA KRYTERIUM		Maksymalna liczba punktów
<b>1.</b>	<b>Zakres i opis działań planowanych do realizacji przez Oferenta, w tym:</b>	<b>10</b>
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
<b>2.</b>	<b>Doświadczenie Oferenta i efektywność realizacji Programu, w tym:</b>	<b>15</b>
a)	Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją świadczeń stomatologicznych, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li>• mniej niż 1 rok = 0 pkt</li> <li>• od 1 roku do 3 lat = 2 pkt</li> <li>• od 3 lat do 5 lat = 3 pkt</li> <li>• od 5 i powyżej = 5 pkt</li> </ul>	0-5 pkt
b)	Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją działań z zakresu profilaktyki i edukacji stomatologicznej, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li>• mniej niż 1 rok = 0 pkt</li> <li>• od 1 roku do 3 lat = 2 pkt</li> <li>• od 3 lat do 5 lat = 3 pkt</li> <li>• od 5 i powyżej = 5 pkt</li> </ul>	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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• mniej niż 1000 = 0 pkt</li> <li>• od 1001 do 2000 = 1 pkt</li> <li>• od 2001 do 3000 = 2 pkt</li> <li>• od 3001 do 4000 = 3 pkt</li> <li>• od 4001 do 5000 = 4 pkt</li> <li>• od 5001 i powyżej = 5 pkt</li> </ul>	0-5 pkt
<b>3.</b>	<b>Kompetencje i kwalifikacje Oferenta</b>	<b>20</b>
a)	Kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w realizacji Programu z uwzględnieniem jego doświadczenia:	

	• lekarz stomatolog	0-2pkt	
	• pielęgniarka lub higienistka stomatologiczna	0-2pkt	
	• pielęgniarka środowiska nauczania/higienistka/pielęgniarka szkolna	0-2pkt	
	• osoba odpowiedzialna za edukację profilaktyczną	0-2pkt	
	• osoba odpowiedzialna za realizację Programu	0-2pkt	
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	
<b>4.</b>	<b>Koszty realizacji Programu*</b>		<b>55</b>
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: $C = (C_{\min} / C_x) \times 40$ gdzie: <i>C</i> – liczba punktów w kryterium „cena oferty” <i>C<sub>min</sub></i> – najniższa cena brutto spośród złożonych ofert <i>C<sub>x</sub></i> – cena brutto oferty badanej	0-40 pkt	
<b>Maksymalna liczba punktów, które może przyznać komisja konkursowa jednej ofercie wynosi:</b>			<b>100 pkt</b>

\* Cena jednostkowa jak i cena oferty musi być podana w PLN z uwzględnieniem należnego podatku VAT. Ceną oferty jest łączna wartość brutto. Cena może być tylko jedna i powinna obejmować wszystkie koszty związane ze świadczeniem usługi wynikające z zakresu Programu.

13. Komisja po dokonaniu oceny ofert przedłoży Prezydentowi wyniki konkursu i protokół z posiedzenia komisji.
14. Konkurs rozstrzyga Prezydent Miasta Poznania, po zapoznaniu się z wynikami i protokołem Komisji.
15. Prezydent Miasta Poznania dopuszcza możliwość wyboru jednej lub więcej niż jednej oferty konkursowej na realizację Programu.
16. Wybór oferty konkursowej w wyżej wymienionym trybie nie wymaga uzasadniania powodów decyzji Prezydenta Miasta Poznania.
17. Od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie przysługuje odwołanie.
18. Przyznane środki finansowe mogą być niższe niż wnioskowane przez Oferenta w przypadku wyłonienia kilku Oferentów do realizacji Programu. W przypadku mniejszego dofinansowania warunkiem zawarcia umowy z Oferentem będzie złożenie zaktualizowanego zakresu rzeczowego i kalkulacji kosztów realizacji Programu.
19. Prezydent Miasta Poznania zastrzega sobie prawo – bez podania przyczyny – do zmiany warunków Konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, odwołania Konkursu, zamknięcia Konkursu bez wyboru oferty oraz nierozstrzygnięcia Konkursu na każdym etapie Konkursu.
20. Ogłoszenie o zakończeniu postępowania konkursowego i jego wyniku odbędzie się poprzez umieszczenie informacji w Urzędzie Miasta Poznania na stronie internetowej w Biuletynie Informacji Publicznej <http://bip.um.poznan.pl>.
21. Oferenci zostaną poinformowani o wyborze Oferenta drogą elektroniczną.
22. Termin związania ofertą wynosi do 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.

## IX. INFORMACJE DODATKOWE

W zakresie nieuregulowanym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o której mowa w ust. 1, do trybu przeprowadzenia Konkursu ofert i zawarcia umowy na realizację Programu stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego.

Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania zostaną uregulowane w umowie zwartej pomiędzy Zleceniodawcą, a wyłonionym w drodze postępowania konkursowego Oferentem.

W zakresie związanym z udziałem w Konkursie Oferent zobowiązany jest 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).

Załączniki do ogłoszenia:

- Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy
- Załącznik nr 2 – Formularz kalkulacji kosztów
- Załącznik nr 3 – Wzór umowy na realizację programu
- Załącznik nr 4 – Program polityki zdrowotnej