

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków tel. (012) 616-94-92		Załącznik nr 1b do ogłoszenia stanowiącego załącznik do zarządzenia Prezydenta Miasta Krakowa nrz dnia
Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2019-2021” Formularz ofertowy Program nr 1: Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy.		
(pieczęć oferenta)	Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia)	
I. Dane oferenta		
Nazwa oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestr)		
Organ dokonujący wpisu		
Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej		
Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji (zgodnie z wypisem z właściwego rejestr)		
Nr NIP oferenta		

Nr REGON oferenta		
Telefon kontaktowy/fax do osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
Telefon kontaktowy/fax do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
e-mail		
Numer konta bankowego		
Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację Programu		

DO OFERTY NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

1. dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu medycznego realizującego Program;
2. pozytywną opinię Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzającą, że pomieszczenia, w których realizowany będzie Program są dopuszczone pod względem sanitarnym.
3. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej;
4. aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
5. oświadczenie o sposobie rozliczenia (podmiot jest / nie jest podatnikiem podatku VAT);
6. oświadczenie o niezaleganiu z należnościami względem ZUS, urzędu skarbowego i Gminy Miejskiej Kraków;
7. certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) – jeśli oferent posiada;
8. dokumenty potwierdzające nazwę i wiek oraz dopuszczenie do użytku aparatury i sprzętu medycznego (jeśli są wymagane).

II. Elementy oferty podlegające ocenie Komisji

- podawane informacje powinny dotyczyć miejsc, w których realizowany będzie Program:

Kryteria oceny oferty

1.1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do realizacji Programu:

Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Czas, od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa cywilnoprawna)	Posiadane specjalizacje lub kursy kwalifikacyjne (dokładne wskazanie)	Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)	Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

1.2. Doświadczenie personelu w kształceniu z zakresu prewencji cukrzycy dla pacjentów

1.2. A. Doświadczenie w kształceniu z zakresu prewencji cukrzycy dla pacjentów

.....(tak/nie)

1.1.A. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy		Udokumentowane doświadczenie w kształceniu z zakresu prewencji cukrzycy dla pacjentów
1.		
2.		
3.		
Proszę przedstawić listę osób z udokumentowanymi kwalifikacjami po przebytych szkoleniach w Klinice Endokrynologii CMUJ, uzyskaniu Certyfikatu Edukatora Diabetologicznego oraz akredytacji Kliniki Endokrynologii CMUJ		
1.2.A. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy		
1.		
2.		
1.2.B. Personel posiada udokumentowany publikacjami dorobek w zakresie prewencji cukrzycy		
1.1.B. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Wskazanie publikacji w czasopiśmie posiadającym lub nieposiadającym impact factor lub doniesień i komunikatów zjazdowych w zakresie prewencji cukrzycy	
1.		
2.		
3.		
4.		
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 28 pkt)		pkt
2.1. Pomieszczenia i wyroby medyczne (dotyczy pomieszczeń, w których realizowany będzie Program):		
Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu:	Gabinet/gabinety lekarskie, sala dostosowana do zajęć grupowych i gabinet przygotowawczo-zabiegowy lub gabinet zabiegowy dopuszczone przez Państwową Inspekcję Sanitarną	(tak/nie)

	Gabinet/gabinety lekarskie, sala dostosowana do zajęć grupowych i gabinet przygotowawczo-zabiegowy lub gabinet zabiegowy dopuszczone przez Państwową Inspekcję Sanitarną i dodatkowo gabinet do pobierania prób do analiz co najmniej 6 m2	(tak/nie)
--	--	----------------

2.2. Zaplecze do prowadzenia szkoleń lekarzy, pielęgniarek i diabetyków

Zaplecze do prowadzenia szkoleń – warunki konieczne:	Sala dostosowana do zajęć grupowych i indywidualnych	 (tak/nie)
	Sprzęt niezbędny do prowadzenia szkoleń (rzutnik, ekran)	 (tak/nie)
	Zapewnienie pacjentom dostępu do Internetu podczas szkoleń	 (tak/nie)
	Poniesienie kosztów kontaktu telefonicznego oraz kosztów udostępnienia łącza internetowego podczas szkolenia grupowego	 (tak/nie)

Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 2 pkt)

..... pkt

3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:

Dostępność do Programu:	Możliwość rejestracji i informacji telefonicznej (wymagany nr telefonu) - wpisać tak lub nie oraz wskazać nr telefonu	 (tak/nie) tel.
	Należy wpisać ile dni w tygodniu realizowany będzie Program	 dni
	Należy wpisać ile dni w tygodniu Program będzie realizowany nie krócej niż do godz.18.00	 dni
	Należy wpisać, czy Program będzie realizowany również w każdą sobotę (i przez ile godzin)	 (tak/nie) godziny
	Należy wpisać, czy prowadzona będzie tzw. lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie	 (tak/nie)

Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)		 pkt
4. Dodatkowe punkty możliwe do zdobycia przez oferenta:		
Odrębna linia telefoniczna wyłącznie na potrzeby Programu/programów	Oferent deklaruje, że w przypadku przyjęcia oferty w terminie do dnia zawarcia umowy uruchomi odrębną linię telefoniczną (należy wpisać: Tak lub Nie)	 (tak/nie)
Posiadanie aktualnej w dniu składania oferty umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia w zakresie „POZ”	(należy wpisać: Tak lub Nie)	 (tak/nie)
Posiadanie, co najmniej jednego certyfikatu jakości udzielanych świadczeń medycznych	Oferent informuje, czy posiada, co najmniej jeden certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (należy wpisać: Tak lub Nie)	 (tak/nie)
Realizacja umowy z Urzędem Miasta Krakowa	Oferent informuje, że realizował w 2018 r. (w zakresie objętym Programem), co najmniej jedną umowę zawartą z UMK i zrealizował ją na poziomie, co najmniej 90 % (należy wpisać: Tak lub Nie)	 (tak/nie)
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 4 pkt)		 pkt
5. Sprawozdawczość – warunek konieczny		
Posiadanie aktywnego konta e-mail należącego do podmiotu leczniczego realizującego Program		 (tak/nie)
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 37 pkt):		 pkt
Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:		
Proponowane ceny świadczeń medycznych	Cena brutto objęcia I etapem (a) jednego pacjenta uczestniczącego po raz pierwszy	 zł brutto

objętych Programem:	w Programie (zgodnie z opisem Programu)	
	Zakładana liczba pacjentów	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	Cena brutto objęcia I etapem (b) jednego pacjenta uczestniczącego już w Programie w latach 2004-2018 (zgodnie z opisem Programu)	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	Cena brutto objęcia częścią 1 II etapu – indywidualne szkolenie dotyczące zdrowego stylu życia jednego pacjenta (zgodnie z opisem Programu)	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów w części 1 II etapu	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	Cena brutto jednej sesji szkoleniowej dla grupy min. 10 a max 14 osób - część 2 II etapu dla pacjenta uczestniczącego w Programie w latach 2004-2018 (zgodnie z opisem Programu)	 zł brutto
	Zakładana liczba sesji w części 2 II etapu	w roku 2019 sesji w roku 2020 sesji w roku 2021 sesji
	Zakładana liczba pacjentów w części 2 II etapu	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	Cena brutto objęcia częścią 1 III etapu jednego pacjenta (zgodnie z opisem Programu)	 zł brutto

	Programu)	
	Zakładana liczba pacjentów w części 1 III etapu	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	Cena brutto objęcia częścią 2 III etapu jednego pacjenta (zgodnie z opisem Programu)	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów w części 2 III etapu	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
Proponowana kwota roczna należności za realizację zamówienia		w roku 2019 zł brutto w roku 2020 zł brutto w roku 2021 zł brutto

Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanych Przyjmującemu zamówienie środków, możliwe będzie przesuwanie tych środków pomiędzy poszczególnymi etapami Programu.

Oświadczenia:

- 1) Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.*
- 2) Oświadczam, że w przypadku wyboru niniejszej oferty, oferent, którego reprezentuję nie będzie wykazywał do rozliczenia świadczeń zdrowotnych udzielonych uczestnikom Programu (pacjentom), które są jednocześnie finansowane z innych środków w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.*
- 3) Oświadczam, że w przypadku wyboru niniejszej oferty wskazany w ofercie personel medyczny do realizacji Programu będzie wykonywał Program poza harmonogramem pracy, wynikającym z umowy finansowanej z innych środków, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.*

(data, podpis i pieczęć oferenta lub osób/osób upoważnionej/upoważnionych do jego reprezentacji)

Ocena oferty przez Komisję Konkursową (wypełnia Komisja):

Oferta przyjęta/nie przyjęta pod względem spełniania wymagań formalnych (Tak/Nie)

Przyczyna/przyczyny odrzucenia oferty:

(uwagi Komisji Konkursowej)

Decyzja Komisji Konkursowej:

Oferta przyjęta do realizacji: TAK/NIE

(wskazanie powodów przyjęcia/nieprzyjęcia oferty)

Kwota przyznana na realizację Programu:	w roku 2019..... zł brutto w roku 2020 zł brutto w roku 2021 zł brutto
Data oceny:	Podpis
Przewodniczący Komisji konkursowej:	
Członkowie Komisji konkursowej: 1. 2. 3. 4.	