

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków tel. (012) 616-94-92	Załącznik nr 5b do ogłoszenia stanowiącego załącznik do zarządzenia Prezydenta Miasta Krakowa nr z dnia
---	---

Miejski Program Ochrony Zdrowia "Zdrowy Kraków 2019-2021"
Formularz ofertowy
Program Nr 5: Program szczepień ochronnych przeciw grypie po 65 roku życia

<i>(pieczęć oferenta)</i>	Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia):
---------------------------	--

I. Dane oferenta

Nazwa oferenta <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>		
Organ dokonujący wpisu		
Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej		
Adres siedziby oferenta <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>		
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>		
Nr NIP oferenta		
Nr REGON oferenta		
Telefon kontaktowy	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
Fax		

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 <i>- podawane informacje powinny dotyczyć miejsc, w których realizowany będzie Program:</i>				
Kryteria oceny oferty				
1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do realizacji Programu:				
Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Czas, od kiedy osoba udziela świadczeń zdrowotnych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa cywilnoprawna)	Posiadane specjalizacje: lekarze, pielęgniarki – kurs szczepień ochronnych,	Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)	Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program)
Lekarze				
1.				
2.				
3.				
Pielęgniarki				
1.				

2.				
3.				
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt):			 pkt	
2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program:				
Pozytywna opinia Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzająca, że pomieszczenia, w których realizowany będzie program są dopuszczone pod względem sanitarnym Tak/nie..... Wskazać adres pomieszczenia/pomieszczeń podmiotu leczniczego na terenie, którego będzie realizowany Program 				
3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:				
Dostępność do Programu:	Możliwość rejestracji i informacji telefonicznej - 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 – wymogi pożądane:				
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 szczepień przeciw grypie), 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
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:		 pkt
Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:		
Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	Cena brutto objęcia <u>jednego pacjenta</u> badaniem Etapu I (według opisu szczegółowego sposobu realizacji Programu – pkt. 4, ppkt 2 – Planowane interwencje "Opisu Programu")	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	Cena brutto objęcia <u>jednego pacjenta</u> szczepieniem Etapu II (według opisu szczegółowego sposobu realizacji Programu – pkt.4 ppkt 2 " Planowane interwencje „Opisu Programu”)	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	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 Przyjmującego zamówienie środków, możliwe będzie przesuwanie tych środków pomiędzy poszczególnymi etapami Programu.		
<u>Oświadczenia:</u> 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 pod względem spełniania wymagań formalnych (Tak / Nie)

Przyczyna 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.	
--	--