

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków tel. (012) 616-94-92	Załącznik nr 11b do ogłoszenia stanowiącego załącznik do zarządzenia Prezydenta Miasta Krakowa nr z dnia
---	--

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2019-2021”
Formularz ofertowy
Program Nr 11: Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Miejskiej Kraków

<i>(pieczęć oferenta)</i>	Data wpływu oferty (wypełnia Udziałający 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/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. 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 (tytuły naukowe – wskazanie w jakiej dziedzinie), pielęgniarki – kurs /szkolenia w zakresie 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.....				
Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu:	Gabinet/gabinety lekarskie i przygotowawczo-zabiegowe lub zabiegowe	 (tak/nie)		
	Gabinety lekarskie (co najmniej 3 gabinety) i przygotowawczo-zabiegowe lub zabiegowe o powierzchni większej niż 6 m2	 (tak/nie)		
	Punk szczepień działający u realizatora Programu:	 (tak/nie)		
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)				
3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:				
Dostępność do Programu:	Możliwość rejestracji i informacji telefonicznej przez 5 dni w tygodniu - 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 godziny pracy (od .. do...) w poszczególne dni tygodnia			
	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	(należy wpisać: Tak lub Nie)	 (tak/nie)		

Funduszem Zdrowia na świadczenia w zakresie szczepień ochronnych u dzieci		
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 szczepień ochronnych) 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 (0-13 pkt.):		 pkt
Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:		
Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	Cena brutto jednej dawki szczepionki przeciwko HPV	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów w 2019 roku	 pacjentów
	Cena brutto wykonania usługi medycznej (kwalifikacja lekarska)	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów w 2019 roku	 pacjentów
	Cena brutto kosztów administracyjnych	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów w 2019 roku	 pacjentów
	Kwota należności na realizację zamówienia (łączna roczna wartość Programu)	w roku 2019 zł brutto
<i>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.</i>		
<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 publicznych, 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

Data oceny:

Podpis:

Przewodniczący Komisji konkursowej

Członkowie Komisji konkursowej:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.