

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków tel. (012) 616-94-92		Załącznik nr 6b do ogłoszenia stanowiącego załącznik do zarządzenia Prezydenta Miasta Krakowa nr z dnia	
Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2019-2021” Formularz ofertowy Program Nr 6: Program zdrowotny w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego			
(pieczęć oferenta)		Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia)	
I. Dane oferenta			
Nazwa oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestrów)			
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 rejestrów)			
Nr NIP oferenta			
Nr REGON oferenta			
Telefon kontaktowy/fax do osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta	(stacjonarny)	(komórkowy)	
Telefon kontaktowy/fax do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty	(stacjonarny)	(komórkowy)	
e-mail			
Numer konta bankowego			

Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację Programu			
DO OFERTY NALEŻY DOŁĄCZYĆ: 1. zgodę komisji bioetycznej na prowadzenie programu badawczego interwencji prewencyjnej u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca lub czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych; 2. udokumentowane doświadczenie w kształceniu z zakresu prewencji chorób układu krążenia kadr medycznych oraz pacjentów (listy prowadzonych szkoleń dla kadr medycznych wraz z programami oraz listy prowadzonych szkoleń dla pacjentów wraz z programami); 3. oświadczenie dotyczące posiadanych publikacji w czasopiśmie posiadającym lub nieposiadającym impact factor w zakresie prewencji chorób układu krążenia; 4. dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu medycznego realizującego Program; 5. pozytywną opinię Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzającą, że pomieszczenia, w których realizowany będzie Program są dopuszczone pod względem sanitarnym; 6. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej; 7. aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą; 8. oświadczenie o sposobie rozliczenia (podmiot jest/nie jest podatnikiem podatku VAT); 9. oświadczenie o niezaleganiu z należnościami względem ZUS, urzędu skarbowego i Gminy Miejskiej Kraków; 10. certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) – jeśli oferent posiada; 11. 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:			
1.A. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Stopień naukowy, specjalizacja II stopnia z kardiologii		
1.			
2.			
3.			
4.			

5.		
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 10 pkt)		pkt
1.B doświadczenie w kształceniu z zakresu prewencji chorób układu krążenia kadr medycznych oraz pacjentów		
1.1.B. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Udokumentowane doświadczenie w kształceniu z zakresu prewencji chorób układu krążenia kadr medycznych oraz pacjentów.	Liczba szkoleń
1.		
2.		
3.		
1.2.B. Proszę wymienić listy prowadzonych szkoleń dla kadr medycznych wraz z programami:		
1.		
2.		
3.		
1.3.B. Proszę wymienić listy prowadzonych szkoleń dla pacjentów wraz z programami:		
1.		
2.		
3.		
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 6 pkt)		pkt
1.C Kwalifikacje personelu w zakresie posiadanego dorobku dotyczącego prewencji chorób układu krążenia:		
1.1 C Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Wskazanie publikacji w czasopiśmie posiadającym lub nieposiadającym impact factor w zakresie prewencji chorób układu krążenia	
1.		
2.		
3.		

4.		
5.		
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 15 pkt)		
.....pkt		
1.D Materiały szkoleniowe		
Posiadanie opracowanych materiałów szkoleniowych w następujących tematach, zgodnie z obowiązującymi w Polsce wytycznymi:	Nadciśnienie tętnicze (0-0,5 pkt)	 (tak/nie)
	Hipercholesterolemia (0-0,5 pkt)	 (tak/nie)
	Cukrzyca (0-0,5 pkt)	 (tak/nie)
	Palenie papierosów (0-0,5 pkt)	 (tak/nie)
	Nadwaga i otyłość (0-0,5 pkt)	 (tak/nie)
	Mała aktywność fizyczna (0-0,5 pkt)	 (tak/nie)
	Nieprawidłowe odżywianie (0-0,5 pkt)	 (tak/nie)
	Psychospołeczne czynniki ryzyka (0-0,5 pkt)	 (tak/nie)
	Przyspieszona częstotliwość rytmu serca (0-0,5 pkt)	 (tak/nie)
	Grypa (0-0,5 pkt)	 (tak/nie)
	Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 5 pkt)	
	pkt	
2. Zaplecze do prowadzenia szkoleń lekarzy, pielęgniarek, dietetyków i rehabilitantów :		
Zaplecze do prowadzenia szkoleń:	Sala dydaktyczna na co najmniej 30 osób oraz sprzęt audiowizualny	 (tak/nie)
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (0 lub 3 pkt)		
..... pkt		
3. Szkolenie pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca oraz pacjentów przyjmowanych w trybie ambulatoryjnym:		
Szkolenie:	Ośrodek posiadający oddział kardiologiczny oraz poradnię kardiologiczną lub podstawowej opieki zdrowotnej	 (tak/nie)
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (0 lub 3 pkt)		
..... pkt		

4. Zgoda komisji bioetycznej		
Zgoda komisji bioetycznej na prowadzenie programu badawczego interwencji prewencyjnej u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca lub czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych		 (tak/nie)
5. Dodatkowe punkty możliwe do zdobycia przez oferenta:		
Odrębna linia telefoniczna (odrębny numer telefonu), która będzie używana wyłącznie dla potrzeb Programu lub innych Programów finansowanych ze środków Gminy Miejskiej Kraków		 (tak/nie)
Umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie objętym Programem		 (tak/nie)
Co najmniej jeden certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych		 (tak/nie)
Realizacja umowy z Urzędem Miasta Krakowa na poziomie co najmniej 90% jej wartości w 2018 roku w zakresie objętym Programem zdrowotnym w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców Województwa Małopolskiego		 (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:		
Koszty:	Koszty interwencji ogólnopopulacyjnej: Koordynowanie Programu	 zł brutto
	Koszty interwencji ogólnopopulacyjnej: Prowadzenie szkoleń nauczycieli prewencji	 zł brutto
	Koszty interwencji ogólnopopulacyjnej: Przygotowanie materiałów dydaktycznych i promocyjnych	 zł brutto
	Koszty prewencji pierwotnej i wtórnej oraz działalności jednostek obwodowych: Koordynowanie prac	 zł brutto
	Koszty prewencji pierwotnej i wtórnej oraz działalności jednostek obwodowych: Prowadzenie szkoleń	 zł brutto
	Koszty prewencji pierwotnej i wtórnej oraz działalności jednostek obwodowych: Badania przesiewowe	 zł brutto
	Cena brutto objęcia jednego pacjenta świadczeniem w ramach badań przesiewowych:	
	Pomiar masy ciała, wzrostu i obwodu pasa	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów

	Pomiar ciśnienia tętniczego	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	Pobranie krwi do badań laboratoryjnych	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	Lipidogram	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	Głukoza	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	Ocena ryzyka SCORE	 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
	<i>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.</i>	

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 pod względem spełniania wymagań formalnych (Tak/Nie)**

Przyczyna odrzucenia oferty:

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.		