

<b>Udzielający zamówienia:</b> <b>Urząd Miasta Krakowa</b> <b>Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia</b> <b>ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków</b> <b>tel. (012) 616-94-92</b>	Załącznik nr 1b do ogłoszenia stanowiącego załącznik do zarządzenia Prezydenta Miasta Krakowa nr ..... z dnia .....
---	---

**Miejski Program Ochrony Zdrowia "Zdrowy Kraków 2019-2021"**  
**Formularz ofertowy na 2019 r.**  
**Program Nr 1: Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych**  
**Dzielnica VII**

<i>(pieczęć oferenta)</i>	<b>Data wpływu oferty</b> <i>(wypełnia Udzielający zamówienia)</i>	
<b>I. Dane oferenta</b>		
<b>Nazwa oferenta</b> <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>		
<b>Organ dokonujący wpisu</b>		
<b>Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej</b>		
<b>Adres siedziby oferenta</b> <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>		
<b>Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji</b> <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>		
<b>Nr NIP oferenta</b>		
<b>Nr REGON oferenta</b>		
<b>Telefon kontaktowy/fax do osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta</b>	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
<b>Telefon kontaktowy/fax do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty</b>	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
<b>e-mail</b>		

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 (data) osoba udziela świadczeń medycznych, jakich świadczeń medycznych (związanych z wymaganiami konkursu) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa)	Doświadczenie w zagadnieniach ortopedii dziecięcej w tym w: diagnostyce i leczeniu stawów biodrowych – gdzie nabyte i ile lat, Doświadczenie w diagnostyce USG narządu ruchu – gdzie nabyte i ile lat	Posiadane specjalizacje lub kursy kwalifikacyjne (dokładne wskazanie), w tym „PTU”	Publikacje naukowe
1.				
2.				
3.				
4.				

5.				
6.				
<b>Liczba punktów możliwych do uzyskania</b>	<b>Od 0 do 22 pkt</b>	<b>Liczba punktów przyznanych przez Komisję</b>	..... <b>pkt</b>	
<b>2. Wymagane wyposażenie w wyroby medyczne - sprzęt i aparatura medyczna, warunkujące dalszą ocenę oferty</b>				
<b>Aparatura USG posiada aktualne świadectwa techniczne, atesty, certyfikaty, wyposażona w głowicę liniową 5-12 MHz oraz oprogramowanie umożliwiające pomiary kątowe niezbędne do oceny ultrasonograficznej stawów biodrowych metodą Grafa</b>		..... <b>(tak/nie)</b>		
<b>UWAGI:</b>				
<b>3. Pomieszczenia, w których realizowany będzie program</b>				
<b>Oddzielna poczekalnia dla rodziców z dziećmi w bezpośrednim sąsiedztwie gabinetu</b>		..... <b>(tak/nie)</b>		
<b>Przewijalnia/przebieralnia dla dzieci</b>		..... <b>(tak/nie)</b>		
<b>Miejsce do przechowywania wózków dziecięcych na czas badania (wózkowania)</b>		..... <b>(tak/nie)</b>		
<b>Liczba punktów możliwych do uzyskania</b>	<b>Od 0 do 6 pkt</b>	<b>Liczba punktów przyznanych przez Komisję</b>	..... <b>pkt</b>	
<b>4. Dostępność do świadczeń objętych Programem:</b>				
<b>Dostępność do Programu:</b>	<b>Możliwość rejestracji i informacji telefonicznej – wpisać tak lub nie oraz wskazać nr telefonu</b>	..... <b>(tak/nie)</b> tel. ....		
	<b>Należy wpisać ile dni w tygodniu realizowany będzie Program</b>	..... <b>dni</b>		
	<b>Należy wpisać ile dni w tygodniu Program będzie realizowany nie krócej niż do godz.18.00</b>	..... <b>dni</b>		
	<b>Należy wpisać, czy Program będzie realizowany również minimum w dwie soboty w miesiącu</b>	..... <b>(tak/nie)</b>		
	<b>Należy wpisać, czy prowadzona będzie lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie</b>	..... <b>(tak/nie)</b>		
<b>Liczba punktów możliwych do uzyskania</b>	<b>od 0 do 3 pkt</b>	<b>Liczba punktów przyznanych przez Komisję</b>	..... <b>pkt</b>	

**5. Dodatkowe punkty możliwe do zdobycia przez oferenta:**

<p><b>Odrębna linia telefoniczna wyłącznie na potrzeby Programu / programów)</b></p>	<p><b>Oferent deklaruje, że w przypadku przyjęcia oferty w terminie do dnia zawarcia umowy uruchomi odrębną linię telefoniczną (należy wpisać)</b></p>		<p>..... <b>(tak/nie)</b></p>
<p><b>Posiadanie aktualnej w dniu składania oferty umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia w zakresie objętym Programem</b></p>	<p><b>(należy wpisać Tak lub Nie)</b></p>		<p>..... <b>(tak/nie)</b></p>
<p><b>Posiadanie, co najmniej jednego certyfikatu jakości udzielanych świadczeń medycznych</b></p>	<p><b>Oferent informuje, czy posiada co najmniej jeden certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych</b></p>		<p>..... <b>(tak/nie)</b></p>
<p><b>Realizacja umowy z Urzędem Miasta Krakowa</b></p>	<p><b>Oferent informuje, że realizował w roku 2018 (w zakresie objętym programem) co najmniej jedną umowę zawartą z UMK i zrealizował ją na poziomie co najmniej 90% (należy wpisać)</b></p>		<p>..... <b>(tak/nie)</b></p>
<p><b>Miejsce realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, znajduje się na obszarze Dzielnicy Miasta Krakowa, dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnic</b></p>			<p>..... <b>(tak/nie)</b></p>
<p><b>Miejsce realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, znajduje się w Dzielnicy sąsiadującej z obszarem Dzielnicy Miasta Krakowa, dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnic</b></p>			<p>..... <b>(tak/nie)</b></p>
<p><b>Liczba punktów możliwych do uzyskania</b></p>	<p><b>od 0 do 9 pkt</b></p>	<p><b>Liczba punktów przyznanych przez Komisję</b></p>	<p>..... <b>pkt</b></p>
<p><b>Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:</b></p>			<p>..... <b>pkt</b></p>

**Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:**

<p><b>Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:</b></p>	<p align="center"><b><u>Cena brutto objęcia jednego dziecka następującymi badaniami:</u></b></p> <p><b>ETAP I:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>przesiewowe badanie stawów biodrowych przez wykwalifikowanego specjalistę zajmującego się zagadnieniami ortopedii dziecięcej, w tym diagnostyki i leczenia dysplazji stawów biodrowych;</i></li> <li>2) <i>badanie ultrasonograficzne (USG) stawów biodrowych tzw. metodą Grafa, przez wykwalifikowanego ultrasonografistę, doświadczonego w wykonywaniu tego typu badań;</i></li> <li>3) <i>wykonanie pisemnej dokumentacji badania wraz z dalszymi zaleceniami;</i></li> <li>4) <i>przekazanie opiekunom pisemnej i ustnej informacji na temat istoty dysplazji stawów biodrowych, prawidłowej pielęgnacji niemowlęcia oraz ewentualnej konieczności kontroli lub podjęcia leczenia dysplazji (zgodnie z obowiązującymi standardami dotyczącymi wskazań do kontrolnej oceny bioder, lub podjęcia terapii) wraz z informacją dotyczącą poradni ortopedii dziecięcej oraz poradni preluksacyjnych na terenie Miasta Krakowa(działających w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego).</i></li> </ol>	<p align="right">..... zł brutto</p>
	<p align="center"><b>Zakładana liczba pacjentów</b></p>	<p align="right">..... pacjentów</p>

	<b>ETAP II:</b> 1) <i>badanie stawów biodrowych przez kwalifikowanego specjalistę zajmującego się zagadnieniami ortopedii dziecięcej, w tym diagnostyki i leczenia dysplazji stawów biodrowych oraz kontrolne badanie ultrasonograficzne (USG) stawów biodrowych tzw. metodą Grafa przez wykwalifikowanego ultrasonografistę, doświadczonego w wykonywaniu tego typu badań (badanie będzie wykonane w terminie zgodnym z zaleceniami medycznymi);</i> 2) <i>wykonanie pisemnej dokumentacji badania wraz z dalszymi zaleceniami.</i>	..... zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	..... pacjentów
	Proponowana kwota roczna należności za realizację zamówienia	..... zł brutto

*Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanых 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 osoby/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/nie przyjęta do realizacji: TAK/NIE**

*(wskazanie powodów przyjęcia/nieprzyjęcia oferty)*

**Kwota przyznana na realizację Programu:**

..... zł brutto

**Data oceny:**

**Podpis:**

**Przewodniczący Komisji konkursowej**

**Członkowie Komisji konkursowej:**

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