

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków tel. (012) 616-94-92		Załącznik nr 2b 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 2: Program profilaktyki próchnicy u dzieci Dzielnica XIV		
<i>(pieczęć oferenta)</i>	Data wpływu oferty <i>(wypełnia Udzielający zamówienia)</i>	
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	(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. 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 nie zaleganiu 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 miejsca, w którym 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 (dokładne wskazanie)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Ilość punktów możliwych do uzyskania	Od 0 do 3 pkt	Ilość punktów przyznanych przez Komisję	.....pkt
2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program			
Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu:	Gabinet/gabinety dentystyczne, w których realizowany będzie Program posiadają, co najmniej 12 m2 każdy w przypadku jednego fotela, a w przypadku dodatkowych foteli co najmniej 8 m2 na każdy następny fotel	.....(tak/nie)	
	Gabinet/gabinety dentystyczne, w których realizowany będzie Program posiadają powyżej 12 m2 każdy w przypadku jednego fotela, a w przypadku dodatkowych foteli powyżej 8 m2 na każdy następny fotel	.....(tak/nie)	
	Wpisać wiek wyrobów medycznych (unit stomatologiczny, lampa polimeryzacyjna, autoklaw) na którym realizowane będą świadczenia – starsze niż 10 lat/ nie starsze niż 10 lat / nie starsze niż 5 lat (data produkcji)	..... rok	
Ilość punktów możliwych do uzyskania	od 0 do 3 pkt.	Ilość punktów przyznanych przez Komisję	.....pkt
3. Wstępne uzgodnienia realizującego program			
Wstępne uzgodnienia:	Listy intencyjne od dyrektorów placówek (szkół)	.....(tak/nie)	
Ilość punktów możliwych do uzyskania	od 0 do 1 pkt	Ilość punktów przyznanych przez Komisję	.....pkt
4. 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 czy prowadzona będzie tzw. lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie	.....(tak/nie)	
Ilość punktów możliwych do uzyskania	od 0 do 3 pkt.	Ilość punktów przyznanych przez Komisję	.....pkt
5. 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 objętym Programem:	(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)
Posiadanie urządzeń diagnostycznych działających w oparciu o zjawisko fluorescencji (np. Diagnodent):	Oferent informuje, czy posiada urządzenie diagnostyczne działające w oparciu o zjawisko fluorescencji (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)
Doświadczenie w prowadzeniu programów:	Posiadane doświadczenie w realizacji, programów zdrowotnych po 2007 r. (imię i nazwisko lekarza, nazwa, czas i wskazanie zlecającego program)	<p>I. imię i nazwisko</p> <p>II. nazwa programów</p> <p>III. czas realizacji programów</p> <p>IV. zlecający programy</p>
Gabinet stomatologiczny na terenie, którego będzie realizowany Program znajduje się na obszarze Dzielnicy Miasta Krakowa, dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnic.		
Ilość punktów możliwych do uzyskania	od 0 do 18 pkt	Ilość punktów przyznanych przez Komisję .....pkt
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:		..... pkt.
Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:		
Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	Cena brutto objęcia I etapem Programu jednego pacjenta	.....zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	..... pacjentów
	Cena brutto objęcia II etapem Programu (wizyta +lakierowanie)	.....zł brutto

	jednego pacjenta z wyłączeniem lakowania zębów	
	Zakładana liczba pacjentów	..... pacjentów
	Cena brutto lakowania <u>jednego zęba</u>	.....zł brutto
	Zakładana średnia liczba zębów do zalakowania u jednego pacjenta	..... zębów/rok

Proponowana kwota roczna należności za realizację zamówienia

..... zł brutto

Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanego Przyjmującego zamówienie środków finansowych, 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 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 publicznych, 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/nieprzyjęta 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/nie przyjęcia oferty)***Kwota przyznana na realizację Programu:**

.....zł brutto

Data oceny:**Podpis****Przewodniczący Komisji konkursowej****Członkowie Komisji konkursowej:**

1.

2.

3.

4.