

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków tel. (012) 616-94-92	Załącznik nr 4c do ogłoszenia stanowiącego załącznik do zarządzenia Prezydenta Miasta Krakowa nr z dnia
---	--

Budżet Obywatelski
Formularz ofertowy na 2019 r.
Zadanie pn. „Lekki tornister = zdrowe dziecko” – Program profilaktyki wad postawy
Program nr 4: Program profilaktyki wad postawy
Dzielnica

<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	<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 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 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 medycznych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa cywilnoprawna)	Posiadane specjalizacje i kursy w szczególności "Metody PNF" lub inny stosowany w korekcji wad postawy (<u>dokładne wskazanie - do oferty dołączyć dokumenty potwierdzające kwalifikacje</u>)	Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
Liczba punktów możliwych do uzyskania	Od 0 do 4 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję	.....pkt

2. Wstępne uzgodnienia realizującego Program:

Listy intencyjne od dyrektorów szkół / placówek Miasta Krakowa, w których Oferent zamierza realizować Program i/ lub posiada umowę w zakresie medycyny szkolnej w takich placówkach.	pełne uzgodnienia	.....(tak/nie)
	ograniczone uzgodnienia	.....(tak/nie)
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 2 pkt)		.....pkt

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 gimnastyka korekcyjna będzie rozpoczynana po godz.16.00	..... dni
	Należy wpisać ile dni w tygodniu realizowana będzie gimnastyka korekcyjna	..... dni
	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 możliwe do zdobycia przez oferenta:

Odrębna linia telefoniczna wyłącznie na potrzeby Programu	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 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)
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)
Oferent posiada doświadczenie w prowadzeniu, co najmniej jednego profilaktycznego programu zdrowotnego, przeprowadzonego po 2007 r. na zlecenie jednostki samorządu terytorialnego lub Ministra Zdrowia lub Narodowego Funduszu Zdrowia		.....(tak/nie)
Realizacja świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, odbywa się na obszarze Dzielnicy Miasta Krakowa, dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnicy.		.....(tak/nie)
Realizacja świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, odbywa się na obszarze Dzielnicy Miasta Krakowa dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnicy i w dzielnicach przyległych do tej Dzielnicy.		..... (tak/nie)
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 10 pkt)		.....pkt
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:		.....pkt

Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:

Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	Cena brutto badania przesiewowego jednego dziecka tradycyjną metodą badania fizykalnego <u>testem zgięciowym Adamsa</u> i jednoczesną jego weryfikacją przez komputerową ocenę wad postawy z <u>wykorzystaniem mowy projekcyjnej</u> , czyli ujęcie wykrytej wady w parametry matematyczne. – I Etap (w cenę tego badania wliczone są również: opracowanie i przygotowanie wydruków wyników badania, przygotowanie i przeprowadzenie części edukacyjnej oraz pisemna informacja dla rodziców)	..... zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	.....dzieci
	Cena brutto prowadzenia <u>pojedynczych</u> zajęć gimnastyki korekcyjnej (grupa 10-12 osobowa, 45 min. zajęć) - II Etap	.....zł brutto
	Zakładana liczba zajęć	.....zajęć

Cena brutto prowadzenia <u>pojedynczych</u> zajęć w formie indywidualnych ćwiczeń korekcyjnych (1 spotkanie, 45 min. zajęć) – II Etap	.....zł brutto
Zakładana liczba zajęć	.....zajęć
Wskazanie metody/metod, którą prowadzone będą zajęcia z gimnastyki korekcyjnej	.....
Kwota należności proponowana na 2019 r. na realizację zamówienia.	.....zł brutto

Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanych Przyjmującemu 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, 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/ przyczyny 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.