

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

**Miejski Program Ochrony Zdrowia "Zdrowy Kraków 2019-2021"**  
**Formularz ofertowy**  
**Program szczepień ochronnych przeciw grypie po 65 roku życia**

|                           |                                                              |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <i>(pieczęć oferenta)</i> | <b>Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia):</b> |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------|

**I. Dane oferenta**

|                                                                                                                          |                      |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|
| <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</b>                                                                                                | <i>(stacjonarny)</i> | <i>(komórkowy)</i> |
| <b>Fax</b>                                                                                                               |                      |                    |

|                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|
| e-mail                                                                   |  |
| Numer konta bankowego                                                    |  |
| Adres miejsca (gabinetu),<br>w którym planuje się<br>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;

**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, pielęgniarki – kurs szczepień ochronnych, | Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie) | Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program) |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lekarze</b>                  |                                                                                                                                                                                                 |                                                                             |                                                                 |                                                                                                          |
| 1.                              |                                                                                                                                                                                                 |                                                                             |                                                                 |                                                                                                          |
| 2.                              |                                                                                                                                                                                                 |                                                                             |                                                                 |                                                                                                          |
| 3.                              |                                                                                                                                                                                                 |                                                                             |                                                                 |                                                                                                          |
| <b>Pielęgniarki</b>             |                                                                                                                                                                                                 |                                                                             |                                                                 |                                                                                                          |
| 1.                              |                                                                                                                                                                                                 |                                                                             |                                                                 |                                                                                                          |
| 2.                              |                                                                                                                                                                                                 |                                                                             |                                                                 |                                                                                                          |
| 3.                              |                                                                                                                                                                                                 |                                                                             |                                                                 |                                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                       |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt):                                                                                                                           |                                                                                                                                                       | ..... pkt                      |
| <b>2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program:</b>                                                                                                                     |                                                                                                                                                       |                                |
| Pozytywna opinia Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzająca, że pomieszczenia, w których realizowany będzie program są dopuszczone pod względem sanitarnym<br><br>Tak/nie..... |                                                                                                                                                       |                                |
| Wskazać adres pomieszczenia/pomieszczeń podmiotu leczniczego na terenie, którego będzie realizowany Program<br>.....<br>.....                                                      |                                                                                                                                                       |                                |
| <b>3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:</b>                                                                                                                              |                                                                                                                                                       |                                |
| Dostępność do Programu:                                                                                                                                                            | Możliwość rejestracji i informacji telefonicznej - wpisać tak lub nie oraz wskazać nr telefonu                                                        | .....(tak/nie)<br>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, czy Program będzie realizowany również w każdą sobotę i przez ile godzin                                                               | .....(tak/nie)<br>.....godziny |
|                                                                                                                                                                                    | 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                      |
| <b>4. Dodatkowe punkty – wymogi pożądane:</b>                                                                                                                                      |                                                                                                                                                       |                                |
| 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 „POZ”                                                                   | (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<br>Urzędem Miasta<br>Krakowa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Oferent informuje, że realizował w<br>2018 r.<br>(w zakresie objętym Programem<br>szczepień przeciw grypie), co<br>najmniej jedną umowę zawartą z<br>UMK i zrealizował ją na poziomie,<br>co najmniej 90 % (należy wpisać:<br>Tak lub Nie) | .....(tak/nie)              |
| Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 4 pkt):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            | ..... pkt                   |
| Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                            | ..... pkt                   |
| <b>Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
| Proponowane ceny<br>świadczeń medycznych<br>objętych Programem:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Cena brutto objęcia <u>jednego</u><br><u>pacjenta</u> badaniem Etapu I<br>(według opisu szczegółowego<br>sposobu realizacji Programu – pkt. 4,<br>ppkt 2 – Planowane interwencje<br>"Opisu Programu")                                      | ..... zł brutto             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Zakładana liczba pacjentów                                                                                                                                                                                                                 | w roku 2019 ..... pacjentów |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Cena brutto objęcia <u>jednego</u><br><u>pacjenta</u> szczepieniem Etapu II<br>(według opisu szczegółowego<br>sposobu realizacji Programu – pkt.4<br>ppkt 2 " Planowane interwencje<br>„Opisu Programu")                                   | ..... zł brutto             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Zakładana liczba pacjentów                                                                                                                                                                                                                 | w roku 2019 ..... pacjentów |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Proponowana kwota roczna<br>należności za realizację<br>zamówienia)                                                                                                                                                                        | w roku 2019..... zł brutto  |
| Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanych<br>Przyjmującego zamówienie środków, możliwe będzie przesuwanie tych środków pomiędzy poszczególnymi<br>etapami Programu.                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                            |                             |
| <p><b><u>Oświadczenia:</u></b></p> <p>1) Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.</p> <p>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.</p> |                                                                                                                                                                                                                                            |                             |

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.