|  |  |
| --- | --- |
| **Udzielający zamówienia:** **Urząd Miasta Krakowa****Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia** **ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków****tel. (012) 616-94-92** | Załącznik nr 3bdo ogłoszenia stanowiącegozałącznik do zarządzeniaPrezydenta Miasta Krakowanr ……….… z dnia ………. |
| **Miejski Program Ochrony Zdrowia "Zdrowy Kraków 2019-2021"****Formularz ofertowy na 2020 r.****Program Nr 3: Program szczepień ochronnych przeciw grypie po 65 roku życia****Dzielnica…………………………………..** |
| *(pieczęć oferenta)* | **Data wpływu oferty** *(wypełnia Udzielający zamówienia):* |
| **I. Dane oferenta** |
| **Nazwa oferenta** *(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)* |   |
| **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 rejestru)* |  |
| **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. **oświadczenie o niezaleganiu z należnościami względem Gminy Miejskiej Kraków;**
4. **certyfikat/y jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) – nie są obowiązkowe, niemniej jednak w przypadku dołączenia co najmniej jednego certyfikatu do oferty, można uzyskać dodatkowy 1 pkt;**
5. **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 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)** |
| **Lekarze** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |   |   |   |  |
| 3. |   |   |   |  |
| **Pielęgniarki** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| **Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)** | **………………………….…… pkt** |
| **2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program:** |
| **Pozytywna opinia Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzająca, że pomieszczenia, w których realizowany będzie program są dopuszczone pod względem sanitarnym** **Tak/nie………………………………****Wskazać adres pomieszczenia/pomieszczeń podmiotu leczniczego na terenie, którego będzie realizowany Program ……………………………………………………………………………………………………………………………………….............................................................................................................................................................** |
| **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 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) ………………….…………...…......godziny** |
| **Należy wpisać, czy prowadzona będzie tzw. lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie** | **…………………………………… (tak/nie)** |
| **Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)** | **................................................................ pkt** |
| **4. Dodatkowe punkty – wymogi pożądane:** |
| **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 Urzędem Miasta Krakowa** | **Oferent informuje, że realizował w 2019 r. (w zakresie objętym Programem szczepień przeciw grypie), co najmniej jedną umowę zawartą z UMK i zrealizował ją na poziomie, co najmniej 90% (należy wpisać: Tak lub Nie)** | **.........................................................(tak/nie)** |
| **Miejsce realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, znajduje się na obszarze Dzielnicy Miasta Krakowa, dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnic** | **.........................................................(tak/nie)** |
| **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** | **.........................................................(tak/nie)** |
| **Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 9 pkt)** | **................................................................ pkt** |
| **Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję (0 – 15 pkt)** | **………………...…………….………... pkt** |
| **Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:** |
| **Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:** | **Cena brutto objęcia jednego pacjenta badaniem Etapu I** (według opisu szczegółowego sposobu realizacji Programu – pkt. 4, ppkt 2 – Planowane interwencje "Opisu Programu") | **...................................................... zł brutto** |
| **Zakładana liczba pacjentów** | ................... pacjentów |
| **Cena brutto objęcia jednego pacjenta szczepieniem Etapu II** (według opisu szczegółowego sposobu realizacji Programu – pkt.4 ppkt 2 " Planowane interwencje „Opisu Programu") | **...................................................... zł brutto** |
| **Zakładana liczba pacjentów** | ................... pacjentów |
| **Proponowana kwota roczna należności za realizację zamówienia w 2020 r.****(oferta nie może przekroczyć kwoty na daną dzielnicę)**  | .................................... zł brutto |
| ***Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanych Przyjmującego 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 objętych Programem, 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:**  |  |
| *(Uwagi Komisji Konkursowej)* |
| **Decyzja Komisji Konkursowej:** |
| **Oferta przyjęta do realizacji: TAK/NIE** |   |
| *(wskazanie powodów przyjęcia/nieprzyjęcia oferty)* |
| **Kwota przyznana na realizację Programu w 2020 r.:**  | ........................................ zł brutto |
| **Data oceny:** | **Podpis:** |
| **Przewodniczący Komisji konkursowej** |  |
| **Członkowie Komisji konkursowej:****4.** |  |