|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Udzielający zamówienia:**  **Urząd Miasta Krakowa**  **Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia**  **ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków**  **tel. 12/ 616-97-86** | | | | | Załącznik nr 1b  do ogłoszenia stanowiącego  załącznik do zarządzenia  Prezydenta Miasta Krakowa  nr ……….… z dnia ………. | | |
| **Formularz ofertowy na lata 2021 - 2023**  **„Program profilaktyki zachorowań na grypę dla dzieci w wieku 6-60 miesięcy  w Gminie Miejskiej Kraków”** | | | | | | | |
| *(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 rachunku bankowego** | |  | | | | | |
| **DO OFERTY MOŻNA DOŁĄCZYĆ: certyfikat/y jakości udzielanych świadczeń medycznych  (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) lub certyfikat poświadczający, że podmiot leczniczy jest przyjazny pacjentowi - nie są obowiązkowe, niemniej jednak są punktowane.** | | | | | | | |
| **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 zatrudniona jest  u oferenta (data)** | | | **Posiadane specjalizacje – dot. lekarzy.**  **Pielęgniarki – informacja o posiadanym kursie szczepień ochronnych (należy wpisać: Tak lub Nie)** | **Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)** | **Posiadane doświadczenie  w realizacji programu/ów zdrowotnych/ programu/ów polityki zdrowotnej (nazwa, lata realizacji i wskazanie zlecającego program od 2015 r. )** | **Numer prawa wykonywania zawodu** |
| **Lekarze** | | | | | | | |
| 1. |  | | |  |  |  |  |
| 2. |  | | |  |  |  |  |
| 3. |  | | |  |  |  |  |
| **Pielęgniarki** | | | | | | | |
| 1. |  | | |  |  |  |  |
| 2. |  | | |  |  |  |  |
| 3. |  | | |  |  |  |  |
| **Liczba punktów przyznanych przez Komisję  (od 0 do 3 pkt)** | | | | | **……….………………………………… pkt** | | |
| **2. Lokalizacje i pomieszczenia, w których realizowany będzie Program:** | | | | | | | |
| **Pomieszczenia niezbędne  do realizacji Programu:** | **Gabinet lekarski (1 gabinet)  i gabinet przygotowawczo-zabiegowy lub zabiegowy** | | | | **..............................................................(tak/nie)** | | |
| **Gabinety lekarskie (więcej niż 1 gabinet) i gabinet przygotowawczo-zabiegowy lub zabiegowy** | | | | **............................................................. (tak/nie)** | | |
| **Punkt szczepień działający  u realizatora Programu** | | | | **.............................................................(tak/nie)** | | |
| **Lokalizacje:** | **Program realizowany w 1 lokalizacji, tj. placówce oferenta** | | | | **..............................................................(tak/nie)** | | |
| **Program realizowany w 2 lokalizacjach, tj. placówkach oferenta.** | | | | **..............................................................(tak/nie)** | | |
| **Program realizowany w więcej  niż 2 lokalizacjach, tj. placówkach oferenta.** | | | | **..............................................................(tak/nie)** | | |
| **Adres/y lokalizacji Oferenta, w której/-ych będzie realizowany Program (punkty są przyznawane w zależności od liczby lokalizacji)** | | | | | **1. .....................................................................**  **2.......................................................................**  **3........................................................................**  **4.......................................................................** | | |
| **Liczba punktów przyznanych przez Komisję  (od 0 do 8 pkt)** | | | | | **.....................................................................pkt** | | |
| **3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:** | | | | | | | |
| **Dostępność do Programu:** | **Oferent zapewnienia możliwości rejestracji telefonicznej oraz w punkcie, w którym będzie realizowany Program, a także zapewnia informację o Programie, co najmniej w punkcie, telefonicznie oraz na stronie internetowej, (jeżeli posiada).  Wskazać nr telefonu:** | | | | **TAK**  **tel.….................................................................** | | |
| **Liczba dni w tygodniu  (od poniedziałku do piątku),  w których realizowany będzie Program przez co najmniej  6 godzin dziennie** | | | | **5 dni** | | |
| **Należy wpisać ile dni w tygodniu Program będzie realizowany  nie krócej niż do godz. 18.00** | | | | **....................................................................dni** | | |
| **W ile sobót będzie realizowany Program w każdym miesiącu realizacji Programu przez  co najmniej 3 godziny dziennie** | | | | **....................................................... liczba sobót** | | |
| **Należy wpisać godziny pracy**  **(od .. do…) w poszczególne dni tygodnia** | | | | **Pon…………………………...........................**  **Wt…..….……………………..........................**  **Śr.…………….................................................**  **Cz…..................................................................**  **Pt……………………………..........................**  **So......................................................................** | | |
| **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 lub innych programów polityki zdrowotnej  finansowanych ze środków finansowych Miasta Krakowa** | **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, 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 certyfikatu poświadczającego,  że podmiot leczniczy jest przyjazny pacjentowi** | **Oferent informuje, czy posiada,**  **certyfikat poświadczający, że podmiot leczniczy jest przyjazny pacjentowi**  **(należy wpisać: Tak lub Nie)** | | | | **...........................................................(tak/nie)** | | |
| **Posiadanie aktualnej  w dniu składania oferty umowy  z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia w zakresie „POZ”  lub „AOS”** | **(należy wpisać: Tak lub Nie)** | | | | **..............................................................(tak/nie)** | | |
| **Realizacja umowy  z Urzędem Miasta Krakowa** | **Oferent informuje, że zrealizował  w 2020 r. w zakresie miejskiego lub dzielnicowego programu polityki zdrowotnej, co najmniej jedną umowę zawartą z UMK na poziomie, co najmniej 90%  (należy wpisać: Tak lub Nie)** | | | | **.............................................................(tak/nie)** | | |
| **Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 5 pkt)** | | | | | **.....................................................................pkt** | | |
| **Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję  (0 – 19 pkt)** | | | | | **………………...…………..........................pkt** | | |
| **Proponowane ceny realizacji Programu** | | | | | | | |
| **Uwaga: W ramach Programu oferent zapewnia dostępność dwóch postaci szczepionki  (iniekcyjne oraz donosową). Oferent ma podać cenę brutto dla każdej postaci szczepionki.** | | | | | | | |
| **Proponowane ceny realizacji Programu:** | **Jednostkowa cena brutto kwalifikacji lekarskiej** | | | | **............................................................zł brutto** | | |
| **Szczepionka czterowalentna przeciw grypie - iniekcyjna** | | | | | | |
| **Jednostkowa cena brutto jednej dawki szczepionki czterowalentnej iniekcyjnej wraz z usługą jej podania** | | | | **............................................................. zł brutto** | | |
| **Szczepionka czterowalentna przeciw grypie** - **donosowa** | | | | | | |
| **Jednostkowa cena brutto jednej dawki szczepionki czterowalentnej donosowej wraz z usługą jej podania** | | | | **............................................................. zł brutto** | | |
| **Jednostkowa cena brutto kosztów administracyjnych w odniesieniu do jednego dziecka  (edukacja rodziców/ opiekunów dzieci uczestniczących w Programie, przeprowadzenie ankiet, zebranie wywiadu telefonicznego, zgodnie  z Działem IV Ogłoszenia konkursowego)** | | | | **..............................................................zł brutto** | | |
| **Oświadczenia:**   1. Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym  i prawnym. 2. Oświadczam, że pomieszczenia, w których realizowany będzie Program spełniają warunki higieniczno-sanitarne do prowadzenia działalności zgodnie z przeznaczeniem i spełniają wymogi zawarte  w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*. 3. Oświadczam, że w przypadku wyboru niniejszej oferty, oferent, którego reprezentuję nie będzie przedstawiał do rozliczenia świadczeń rozliczonych w Gminie Miejskiej Kraków, do innych podmiotów, w tym do Narodowego Funduszu Zdrowia. 4. 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. 5. Oświadczam, że informacje o kwalifikacjach osób wskazanych w ofercie, które będą udzielały świadczeń  w związku z realizacją Programu są zgodne z wymaganiami obowiązujących przepisów prawnych  i aktualnym stanem faktycznym w zakresie posiadanych uprawnień, kwalifikacji i doświadczenia zawodowego. 6. Oświadczam, że oferent którego reprezentuję, postępuje zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami  o ochronie danych osobowych przy ich zbieraniu, przetwarzaniu i przekazywaniu. 7. Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej  w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.   *(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)* | | | | | | | |
| **Data oceny:** | **Podpis:** | | | | | | |
| **Przewodniczący Komisji konkursowej** |  | | | | | | |
| **Członkowie Komisji konkursowej:**  **4.** |  | | | | | | |