|  |  |
| --- | --- |
| **Udzielający zamówienia:** **Urząd Miasta Krakowa****Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia** **ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków****tel. 12/ 616-97-86** | Załącznik nr 1bdo ogłoszenia stanowiącegozałącznik do zarządzeniaPrezydenta Miasta Krakowanr ……….… 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 realizacjii 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.** |  |