

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Biuro ds. Ochrony Zdrowia al. Powstania Warszawskiego 10, pokój Nr 411 tel. (012) 616-94-90 fax (012) 616-94-86		Program Nr 7	
Miejski Program Ochrony Zdrowia "Zdrowy Kraków 2010-2012" Formularz ofertowy Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Miasta Krakowa w wieku po 65 roku życia.			
(pieczęć oferenta)		Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia):	
I. Dane oferenta			
Nazwa oferenta			
Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)			
Nr NIP oferenta			
Nr REGON oferenta			
Telefon kontaktowy		(stacjonarny)	(komórkowy)
fax			
e-mail			
Numer konta bankowego			
Adres miejsca (gabinetu), w którym będzie realizowany Program			
Do formularza ofertowego należy dołączyć:	aktualny wypis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub rejestru praktyk		
	aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej		
	statut (jeśli oferent taki posiada)		
	zaświadczenie o nr NIP		
	zaświadczenie o nr REGON		
	oświadczenie upoważnionej osoby (głównego księgowego lub kierownika oferenta) o przyjętym sposobie rozliczenia: rachunek/faktura VAT		
	decyzja Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przedmiocie spełniania przez oferenta warunków określonych w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 z późn. zm.)		
	dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe personelu przewidzianego do realizacji Programu		
	certyfikaty jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) (jeśli oferent takie 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 - specjalizacja z pediatrii, pielęgniarki – kurs szczepień ochronnych, prowadzony przez ośrodek akredytowany przez Małopolską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Krakowie	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.				
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt):			 pkt	
2. Pomieszczenia, w których wyłącznie będzie realizowany Program:				
Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu (UWAGA: proszę wskazać wariant 1 lub 2):	1. Gabinet/gabinety lekarskie i przygotowawczo-zabiegowe lub zabiegowe, w których realizowany będzie Program, objęte są tzw. programem dostosowawczym	(tak/nie)		
	2. Gabinet/gabinety lekarskie i przygotowawczo-zabiegowe lub zabiegowe, w których realizowany będzie Program, uznane przez Państwową Inspekcję Sanitarną za dopuszczone pod względem powierzchni i spełniające w pełni warunki Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r.	(tak/nie)		
	Dodatkowo punkt do pobierania prób do analiz jest równy lub przekracza 6 m ² oraz dostęp do punktu szczepień jest przystosowany dla osób niepełnosprawnych	(tak/nie)		
	Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt): pkt			
3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:				
Dostępność do Programu:	Możliwość rejestracji i informacji telefonicznej (wymagany nr stacjonarny) - wpisać tak lub nie oraz wskazać nr telefonu	(tak/nie) tel. (012).....		
	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)		
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt):			 pkt.	

4. Dodatkowe punkty – wymogi pożądane:		
Odrębna linia telefoniczna wyłącznie na potrzeby Programu/programów (wymagany nr stacjonarny).	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 oraz dołączyć kserokopię certyfikatu)	(tak/nie)
Realizacja umowy z Urzędem Miasta Krakowa	Oferent informuje, że realizował w 2009 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)
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 4 pkt):		 pkt.
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:		 pkt
Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:		
Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	Cena brutto objęcia <u>jednego pacjenta</u> badaniem Etapu I (według opisu szczegółowego sposobu realizacji Programu – pkt. 5 "Opisu Programu")	zł. brutto
	Cena brutto objęcia <u>jednego pacjenta</u> szczepieniem Etapu II (według opisu szczegółowego sposobu realizacji Programu – pkt. 5 "Opisu Programu")	zł. brutto
	Kwota należności proponowana za <u>roczną</u> realizację zamówienia (łączna roczna wartość Programu)	zł brutto
<i>Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Oświadczam, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, oferent, którego reprezentuję nie będzie wykazywał świadczeń medycznych objętych Programem, a finansowanych z budżetu Miasta Krakowa, udzielonych uczestnikom Programu (pacjentom), które są finansowane z innych środków publicznych, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego:</i>		
(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:	
Kryteria oceny:	
1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do realizacji Programu:	pkt.
2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program:	pkt
3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:	pkt
4. Dodatkowe punkty możliwe do zdobycia przez oferenta:	pkt
Łącznie:	pkt
Kryteria dodatkowe - stosowane w przypadkach, gdy więcej niż jeden oferent uzyska tę samą liczbę punktów:	
1. Cena brutto objęcia badaniami jednego pacjenta – Etap I:	zł
2. Cena brutto objęcia szczepieniem jednego pacjenta – Etap II:	zł
3. Dokładne wskazanie ilości i kwalifikacji zawodowych personelu realizującego Program:	
4. Proponowany czas realizacji Programu (godziny przyjęć pacjentów):	
(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:
1. Michał Marszałek	
2. Paweł Lipowski	
3. Maria Piętak - Frączek	
4. Karolina Kaczor	
5. Ewa Ciszewska - Nieć	
6. Grażyna Jędrzejewska	
7. Ryszard Osiński	