

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków tel. (012) 616-94-92		Załącznik nr 9b do ogłoszenia stanowiącego załącznik do zarządzenia Prezydenta Miasta Krakowa nr z dnia	
Miejski Program Ochrony Zdrowia "Zdrowy Kraków 2019 -2021" Formularz ofertowy Program Nr 9: Program profilaktyki i leczenia nietrzymania moczu (NTM) dla kobiet z problemami uroginekologicznymi			
(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: - dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu medycznego realizującego Program; - pozytywną opinię Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzającą, że pomieszczenia, w których realizowany będzie Program są dopuszczone pod względem sanitarnym; - aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej; - aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą; - oświadczenie o sposobie rozliczenia (podmiot jest / nie jest podatnikiem podatku VAT); - oświadczenie o niezaleganiu z należnościami względem ZUS, urzędu skarbowego i Gminy Miejskiej Kraków; - certyfi­kat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) – jeśli oferent posiada; - 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				
ETAP I. Warsztaty teoretyczne				
1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do realizacji Etapu I Programu:				
Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Czas, od kiedy (data) osoba udziela świadczeń medycznych, jakich świadczeń medycznych (związanych z wymaganiami konkursu) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa)	Posiadane specjalizacje: Lekarze (w tym rezydenci; tytuły naukowe – wskazanie w jakiej dziedzinie), Pielęgniarki/ położne Fizjoterapeuci	Posiadane specjalizacje lub kursy kwalifikacyjne (dokładne wskazanie), w tym Certyfikat Sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTPiG), Polskiego Towarzystwa Uroginekologicznego, Europejskiego Towarzystwa Uroginekologicznego (EUGA), Polskiego Towarzystwa Urologicznego	Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)
1.				
2.				
3.				

4.				
5.				
6.				
Liczba punktów możliwych do uzyskania	Od 0 do 4 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję	pkt	

2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Etap I Programu

Pozytywna opinia Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzająca, że pomieszczenia, w których realizowany będzie Etap I Programu są dopuszczone pod względem sanitarnym:

Tak/nie.....

Wskazać adres pomieszczenia/pomieszczeń podmiotu na terenie, którego będą realizowane Warsztaty teoretyczne:.....

Liczba punktów możliwych do uzyskania	Od 0 do 1 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję	pkt
--	----------------------	---	-----------------

3. Dostępność do świadczeń objętych Etapem I Programu:

Dostępność do warsztatów teoretycznych:	Warsztaty teoretyczne będą realizowane raz w miesiącu		 (tak/nie)
	Warsztaty teoretyczne będą realizowane dwa razy w miesiącu		 (tak/nie)
Liczba punktów możliwych do uzyskania	od 0 do 2 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję	pkt

ETAP II. Diagnostyka/kwalifikacja

1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do Etapu II Programu:

Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Czas, od kiedy (data) osoba udziela świadczeń medycznych, jakich świadczeń medycznych (związanych z wymaganiami konkursu) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa)	Posiadane specjalizacje: Lekarze (tytuły naukowe – wskazanie w jakiej dziedzinie)	Posiadane specjalizacje lub kursy kwalifikacyjne (dokładne wskazanie), w tym Certyfikat Sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTPiG), Polskiego Towarzystwa Uroginekologicznego, Europejskiego Towarzystwa Uroginekologicznego (EUGA), Polskiego Towarzystwa Urologicznego	Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)
1.				

2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
Liczba punktów możliwych do uzyskania	Od 0 do 3 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję	pkt	
2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Etap II Programu				
Pozytywna opinia Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzająca, że pomieszczenia, w których realizowany będzie Etap II Programu są dopuszczone pod względem sanitarnym: Tak/nie.....				
Wskazać adres pomieszczenia/pomieszczeń podmiotu leczniczego na terenie, którego będzie realizowany Etap II Programu:				
Pomieszczenia, w których będzie realizowany Etap II to podstawowy gabinet lekarski dopuszczony przez Państwową Inspekcję Sanitarną.		 (tak/nie)		
Pomieszczenia, w których będzie realizowany Etap II to gabinet lekarski ginekologiczny lub urologiczny dopuszczony przez Państwową Inspekcję Sanitarną.		 (tak/nie)		
Pomieszczenia, w których będzie realizowany Etap II to gabinet ginekologiczny lub urologiczny z możliwością wykonania badania urodynamicznego i badania ultrasonograficznego dopuszczony przez Państwową Inspekcję Sanitarną.		 (tak/nie)		
Liczba punktów możliwych do uzyskania	Od 0 do 3 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję	 pkt	
3. Dostępność do świadczeń objętych Etapem II Programu:				
Dostępność do Programu:	Należy wpisać ile dni w tygodniu realizowany będzie Etap II Programu	 dni		
	Należy wpisać ile dni w tygodniu Etap II Programu będzie realizowany nie krócej niż do godz. 18:00	 dni		
	Należy wpisać, czy Etap II Programu będzie realizowany również minimum w jedną sobotę w miesiącu	 (tak/nie)		
	Należy wpisać, czy Etap II Programu będzie realizowany również w godzinach ustalonych indywidualnie	 (tak/nie)		

Liczba punktów możliwych do uzyskania	od 0 do 3 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję	 pkt
ETAP III. Terapia PacjenteK objętych Programem			
1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do Etapu II Programu:			
Imię i nazwisko, wymagane wykształcenie wyższe z zakresu fizjoterapii	Czas, od kiedy (data) osoba udziela świadczeń medycznych, jakich świadczeń medycznych (związanych z wymaganiami konkursu) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa)	Posiadane kursy kwalifikacyjne (dokładne wskazanie), w tym dyplom ukończenia kursów z Uroinekologii przeprowadzonych przez Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, Polskie Towarzystwo Urologiczne, Polskie Towarzystwo Uroinekologii, ew. inne kursy certyfikowane np. Centrum Kompetencji Medycznych	Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
Liczba punktów możliwych do uzyskania	Od 0 do 2 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję	pkt
2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Etap III Programu			
Pozytywna opinia Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzająca, że pomieszczenia, w których realizowany będzie Etap III Programu są dopuszczone pod względem sanitarnym: Tak/nie.....			
Wskazać adres pomieszczenia/pomieszczeń podmiotu leczniczego na terenie, którego będzie realizowany Etap III Programu:.....			
Pomieszczenia, w których będzie realizowany Etap III to sale terapii dopuszczone przez Państwową Inspekcję Sanitarną, wyposażone w podstawowy sprzęt do fizjoterapii		 (tak/nie)	

Pomieszczenia, w których będzie realizowany Etap III to sale terapii dopuszczone przez Państwową Inspekcję Sanitarną, wyposażone w podstawowy sprzęt do fizjoterapii i specjalistyczny sprzęt do fizjoterapii uroginekologicznej		 (tak/nie)	
Liczba punktów możliwych do uzyskania	Od 0 do 2 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję	 pkt
3. Dostępność do świadczeń objętych Etapem III Programu:			
Dostępność do Programu:	Należy wpisać ile dni realizowany będzie Etap III Programu	 dni	
	Należy wpisać ile razy w tygodniu będą odbywać się spotkania w ramach Etapu III Programu	 dni	
	Należy wpisać, czy Etap III Programu będzie realizowany w max. 10-cio osobowych grupach	 (tak/nie)	
	Należy wpisać, czy Etap III Programu będzie realizowany również indywidualnie dla pacjentów z licznymi chorobami współistniejącymi	 (tak/nie)	
Liczba punktów możliwych do uzyskania	od 0 do 1 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję	 pkt
Dodatkowe punkty możliwe do zdobycia przez oferenta:			
Umożliwienie zapisywania się do Programu drogą telefoniczną i elektroniczną	Oferent deklaruje, że w przypadku przyjęcia oferty w terminie do dnia zawarcia umowy umożliwi zapisy do Programu drogą telefoniczną i elektroniczną	 (tak/nie)	
Posiadanie aktualnej w dniu składania oferty umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie konsultacji ginekologicznych lub urologicznych, umowa na wykonanie badania ultrasonograficznego i urodynamicznego	(należy wpisać Tak lub Nie)	 (tak/nie)	
Posiadanie doświadczenia w prowadzeniu co najmniej jednego profilaktycznego programu zdrowotnego, wykonanego po 2007 roku na zlecenie jednostki samorządu terytorialnego, Ministerstwa Zdrowia lub NFZ	(należy wpisać Tak lub Nie)	 (tak/nie)	
Po przyjęciu oferty w terminie miesiąca od zawarcia umowy opracowanie materiałów informacyjnych w formie elektronicznej dotyczących problematyki nietrzymania moczu u kobiet i Programu Profilaktyki i Leczenia Nietrzymania Moczu (NTM)	Oferent deklaruje, w terminie miesiąca od zawarcia umowy opracowanie materiałów informacyjnych w formie elektronicznej dotyczących	 (tak/nie)	

dla Kobiet z Problemami Uroginekologicznymi w Ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2019-2021”.	problematyki nietrzymania moczu u kobiet i Programu Profilaktyki i Leczenia Nietrzymania Mocz (NTM) dla Kobiet z Problemami Uroginekologicznymi.		
Prowadzenie audytu wewnętrznego Programu	Oferent wskaże osobę, która raz w miesiącu dokona analizy przebiegu programu i złoży sprawozdanie w formie pisemnej		 (tak/nie)
Liczba punktów możliwych do uzyskania	od 0 do 5 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję	 pkt
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję (0-26):			 pkt
Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:			
Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	ETAP I Warsztaty teoretyczne w przeliczeniu na jedną pacjentkę		zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów		w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	ETAP II Diagnostyka/kwalifikacja jednej pacjentki		 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów		w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	ETAP III Terapia PacjenteK objętych Programem (w przeliczeniu na jedną osobę)		 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów		w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	Kwota należności na realizację zamówienia (łączna roczna wartość Programu)		w roku 2019.....zł brutto w roku 2020.....zł brutto w roku 2021.....zł brutto

Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanych Przyjmującemu 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, 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 osoby / osób upoważnionej / upoważnionych do jego reprezentacji)

Ocena oferty przez Komisję Konkursową (wypełnia Komisja):

Oferta przyjęta/nie przyjęta pod względem spełniania wymagań formalnych (Tak/Nie)

Przyczyna/przyczyny odrzucenia oferty:

(uwagi Komisji Konkursowej)

Decyzja Komisji Konkursowej:

Oferta przyjęta / nieprzyjęta do realizacji: TAK / NIE

(wskazanie powodów przyjęcia/nieprzyjęcia oferty)

Kwota przyznana na realizację Programu:

w roku 2019.....zł brutto
w roku 2020.....zł brutto
w roku 2021.....zł brutto

Data oceny:

Podpis:

Przewodniczący Komisji konkursowej:

Członkowie Komisji konkursowej:

1.

2.

3.

4.