

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków tel. (012) 616-94-92		Załącznik nr 3b do ogłoszenia stanowiącego załącznik do zarządzenia Prezydenta Miasta Krakowa nr z dnia	
Miejski Program Ochrony Zdrowia "Zdrowy Kraków 2019-2021" Formularz ofertowy Program Nr 3: Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych			
<i>(pieczęć oferenta)</i>		Data wpływu oferty <i>(wypełnia Udzielający zamówienia)</i>	
I. Dane oferenta			
Nazwa oferenta <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>			
Organ dokonujący wpisu			
Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej			
Adres siedziby oferenta <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>			
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>			
Nr NIP oferenta			
Nr REGON oferenta			
Telefon kontaktowy/fax do osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta		<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
Telefon kontaktowy/fax do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty		<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>

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. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej; 4. aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą; 5. oświadczenie o sposobie rozliczenia (podmiot jest / nie jest podatnikiem podatku VAT); 6. oświadczenie o niezaleganiu z należnościami względem ZUS, urzędu skarbowego i Gminy Miejskiej Kraków; 7. certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) – jeśli oferent posiada; 8. 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 (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)	Doświadczenie w zagadnieniach ortopedii dziecięcej w tym w: diagnostyce i leczeniu stawów biodrowych – gdzie nabyte i ile lat, Doświadczenie w diagnostyce USG narządu ruchu – gdzie nabyte i ile lat	Posiadane specjalizacje lub kursy kwalifikacyjne (dokładne wskazanie), w tym „PTU”	Publikacje naukowe
1.				
2.				
3.				

4.				
5.				
6.				
Liczba punktów możliwych do uzyskania	Od 0 do 22 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję	 pkt	
2. Wymagane wyposażenie w wyroby medyczne - sprzęt i aparatura medyczna, warunkujące dalszą ocenę oferty				
Aparatura USG posiada aktualne świadectwa techniczne, atesty, certyfikaty, wyposażona w głowicę liniową 5-12 MHz oraz oprogramowanie umożliwiające pomiary kątowe niezbędne do oceny ultrasonograficznej stawów biodrowych metodą Grafa		 (tak/nie)		
UWAGI:				
3. Pomieszczenia, w których realizowany będzie program				
Oddzielna poczekalnia dla rodziców z dziećmi w bezpośrednim sąsiedztwie gabinetu		 (tak / nie)		
Przewijalnia/przebieralnia dla dzieci		 (tak / nie)		
Miejsce do przechowywania wózków dziecięcych na czas badania (wózkowania)		 (tak / nie)		
Liczba punktów możliwych do uzyskania	Od 0 do 6 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję	 pkt	
4. 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 minimum w dwie soboty w miesiącu	 (tak/nie)		
	Należy wpisać, czy prowadzona będzie lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie	 (tak/nie)		

Liczba punktów możliwych do uzyskania	od 0 do 3 pkt	Liczba punktów przyznany ch przez Komisję	 pkt
5. Dodatkowe punkty możliwe do zdobycia przez oferenta:			
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/nie)
Posiadanie aktualnej w dniu składania oferty umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia w zakresie objętym Programem	(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		 (tak/nie)
Realizacja umowy z Urzędem Miasta Krakowa	Oferent informuje, że realizował w roku 2018 (w zakresie objętym programem) co najmniej jedną umowę zawartą z UMK i zrealizował ją na poziomie co najmniej 90 % (należy wpisać)		 (tak/nie)
Liczba punktów możliwych do uzyskania	od 0 do 4 pkt	Liczba punktów przyznany ch przez Komisję	 pkt
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:			 pkt

Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:

Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	<u>Cena brutto objęcia <u>jednego dziecka</u> następującymi badaniami:</u> ETAP I: 1) <i>przesiewowe badanie stawów biodrowych przez wykwalifikowanego specjalistę zajmującego się zagadnieniami ortopedii dziecięcej, w tym diagnostyki i leczenia dysplazji stawów biodrowych;</i> 2) <i>badanie ultrasonograficzne (USG) stawów biodrowych tzw. metodą Grafa, przez wykwalifikowanego ultrasonografistę, doświadczonego w wykonywaniu tego typu badań;</i> 3) <i>wykonanie pisemnej dokumentacji badania wraz z dalszymi zaleceniami;</i> 4) <i>przekazanie opiekunom pisemnej i ustnej informacji na temat istoty dysplazji stawów biodrowych, prawidłowej pielęgnacji niemowlęcia oraz ewentualnej konieczności kontroli lub podjęcia leczenia dysplazji (zgodnie z obowiązującymi standardami dotyczącymi wskazań do kontrolnej oceny bioder, lub podjęcia terapii) wraz z informacją dotyczącą poradni ortopedii dziecięcej oraz poradni preluksacyjnych na terenie Miasta Krakowa(działających w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego).</i>	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów

	ETAP II: 1) <i>badanie stawów biodrowych przez kwalifikowanego specjalistę zajmującego się zagadnieniami ortopedii dziecięcej, w tym diagnostyki i leczenia dysplazji stawów biodrowych oraz kontrolne badanie ultrasonograficzne (USG) stawów biodrowych tzw. metodą Grafa przez wykwalifikowanego ultrasonografistę, doświadczonego w wykonywaniu tego typu badań(badanie będzie wykonane w terminie zgodnym z zaleceniami medycznymi);</i> 2) <i>wykonanie pisemnej dokumentacji badania wraz z dalszymi zaleceniami.</i>	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	w roku 2019 pacjentów w roku 2020 pacjentów w roku 2021 pacjentów
	Proponowana kwota roczna należności za realizację zamówienia	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
odrzućenia oferty:**

(uwagi Komisji Konkursowej)

Decyzja Komisji Konkursowej:

Oferta przyjęta/nie przyjęta 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.