

<b>Udzielający zamówienia:</b> <b>Urząd Miasta Krakowa</b> <b>Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia</b> <b>ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków</b> <b>tel. (012) 616-94-92</b>	Załącznik nr 4d do ogłoszenia stanowiącego załącznik do zarządzenia Prezydenta Miasta Krakowa nr ..... z dnia .....
---	--

**Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2019-2021”**  
**Formularz ofertowy na 2019 r.**  
**Program nr 4: Program profilaktyki wad postawy**  
**Dzielnica .....**

<i>(pieczęć oferenta)</i>	<b>Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia)</b>
---------------------------	---

**I. Dane oferenta**

<b>Nazwa oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</b>		
<b>Organ dokonujący wpisu</b>		
<b>Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej</b>		
<b>Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</b>		
<b>Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</b>		
<b>Nr NIP oferenta</b>		
<b>Nr REGON oferenta</b>		
<b>Telefon kontaktowy/fax do osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta</b>	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
<b>Telefon kontaktowy/fax do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty</b>	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
<b>e-mail</b>		
<b>Numer konta bankowego</b>		
<b>Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację Programu</b>		

**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 nie zaleganiu 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 osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa cywilnoprawna)	Posiadane specjalizacje i kursy w szczególności "Metody PNF" lub inny stosowany w korekcji wad postawy ( <u>dokładne wskazanie - do oferty dołączyć dokumenty potwierdzające kwalifikacje</u> )	Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
<b>Liczba punktów możliwych do uzyskania</b>	<b>Od 0 do 4 pkt</b>	<b>Liczba punktów przyznanych przez Komisję</b>	.....pkt

**2. Wstępne uzgodnienia realizującego Programu:**

Listy intencyjne od dyrektorów szkół / placówek Miasta Krakowa, w których Oferent zamierza realizować Program i/ lub posiada umowę w zakresie medycyny szkolnej w takich placówkach.	pełne uzgodnienia	.....(tak/nie)
	ograniczone uzgodnienia	.....(tak/nie)
<b>Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 2 pkt)</b>		.....pkt

3. 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 gimnastyka korekcyjna będzie rozpoczynana po godz.16.00	.....dni
	Należy wpisać ile dni w tygodniu realizowana będzie gimnastyka korekcyjna	.....dni
	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 możliwe do zdobycia przez oferenta:		
Odrębna linia telefoniczna wyłącznie na potrzeby Programu	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 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 (należy wpisać: Tak lub Nie )	.....(tak/nie)
Realizacja umowy z Urzędem Miasta Krakowa	Oferent informuje, że realizował w 2018 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)
Oferent posiada doświadczenie w prowadzeniu, co najmniej jednego profilaktycznego programu zdrowotnego, przeprowadzonego po 2007 r. na zlecenie jednostki samorządu terytorialnego lub Ministra Zdrowia lub Narodowego Funduszu Zdrowia		..... (tak/nie)
Realizacja świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, odbywa się na obszarze Dzielnicy Miasta Krakowa, dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnicy		.....(tak/nie)
Realizacja świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, odbywa się na obszarze Dzielnicy Miasta Krakowa dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnicy i w dzielnicach przyległych do tej Dzielnicy		..... (tak/nie)
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (0 do 10 pkt)		.....pkt
<b>Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:</b>		<b>.....pkt</b>
Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:		
Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	Cena brutto badania przesiewowego jednego dziecka tradycyjną metodą badania fizykalnego <u>testem zgięciowym Adamsa</u> i jednoczesną jego weryfikacją przez komputerową ocenę wad postawy z wykorzystaniem <u>mory projekcyjnej</u> , czyli ujęcie wykrytej wady w parametry matematyczne. – I Etap (w cenę tego badania wliczone są również: opracowanie i przygotowanie wydruków wyników badania, przygotowanie i przeprowadzenie części edukacyjnej oraz pisemna informacja dla rodziców)	..... zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	..... dzieci
	Cena brutto prowadzenia <u>pojedynczych</u> zajęć gimnastyki korekcyjnej (grupa 10-12 osobowa, 45 min. zajęć) - II Etap	..... zł brutto
	Zakładana liczba zajęć	..... zajęć

	Cena brutto prowadzenia <u>pojedynczych</u> zajęć w formie indywidualnych ćwiczeń korekcyjnych (1 spotkanie, 45 min. zajęć) – II Etap	..... zł brutto
	Zakładana liczba zajęć	..... zajęć
	Wskazanie metody/metod, którą prowadzone będą zajęcia z gimnastyki korekcyjnej	.....
	Kwota należności proponowana na 2019 r. na realizację zamówienia.	..... zł brutto

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

**Ocena oferty przez Komisję Konkursową (wypełnia Komisja):**

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

Przyczyna/ przyczyny odrzucenia oferty:

*(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:**

**Przewodniczący Komisji  
Konkursowej**

**Członkowie Komisji  
Konkursowej:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.