

<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 3b 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 3: Program szczepień ochronnych przeciw grypie po 65 roku życia**  
**Dzielnica.....**

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

**I. Dane oferenta**

<b>Nazwa oferenta</b> (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
<b>Organ dokonujący wpisu</b>		
<b>Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej</b>		
<b>Adres siedziby oferenta</b> (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
<b>Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji</b> (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
<b>Nr NIP oferenta</b>		
<b>Nr REGON oferenta</b>		
<b>Telefon kontaktowy</b>	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
<b>Fax</b>		
<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 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:**

<b>Imię i nazwisko, tytuł zawodowy</b>	<b>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)</b>	<b>Posiadane specjalizacje: lekarze, pielęgniarki – kurs szczepień ochronnych,</b>	<b>Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)</b>	<b>Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program)</b>
<b>Lekarze</b>				
1.				
2.				
3.				
<b>Pielęgniarki</b>				
1.				
2.				
3.				

<b>Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt):</b>		..... pkt
<b>2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program:</b>		
<p>Pozytywna opinia Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzająca, że pomieszczenia, w których realizowany będzie program są dopuszczone pod względem sanitarnym</p> <p style="text-align: center;">Tak/nie.....</p> <p>Wskazać adres pomieszczenia/pomieszczeń podmiotu leczniczego na terenie, którego będzie realizowany Program</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<b>3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:</b>		
<b>Dostępność do Programu:</b>	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 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)
<b>Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt):</b>		..... pkt
<b>4. Dodatkowe punkty – wymogi pożądane:</b>		
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 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)	.....(tak/nie)

<b>Realizacja umowy z Urzędem Miasta Krakowa</b>	<b>Oferent informuje, że realizował w 2018 r. (w zakresie objętym Programem szczepień przeciw grypie), co najmniej jedną umowę zawartą z UMK i zrealizował ją na poziomie, co najmniej 90% (należy wpisać: Tak lub Nie)</b>	.....(tak/nie)
<b>Miejsce realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, znajduje się na obszarze Dzielnicy Miasta Krakowa, dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnic</b>		.....(tak/nie)
<b>Miejsce realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, znajduje się w Dzielnicy sąsiadującej z obszarem Dzielnicy Miasta Krakowa, dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnic</b>		.....(tak/nie)
<b>Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 9 pkt):</b>		..... pkt
<b>Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:</b>		..... pkt
<b>Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:</b>		
<b>Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:</b>	<b>Cena brutto objęcia <u>jednego pacjenta</u> badaniem Etapu I (według opisu szczegółowego sposobu realizacji Programu – pkt. 4, ppkt 2 – Planowane interwencje "Opisu Programu")</b>	..... zł brutto
	<b>Zakładana liczba pacjentów</b>	..... pacjentów
	<b>Cena brutto objęcia <u>jednego pacjenta</u> szczepieniem Etapu II (według opisu szczegółowego sposobu realizacji Programu – pkt.4 ppkt 2 " Planowane interwencje „Opisu Programu")</b>	..... zł brutto
	<b>Zakładana liczba pacjentów</b>	..... pacjentów
	<b>Proponowana kwota roczna należności za realizację zamówienia</b>	..... zł brutto
<i>Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanych Przyjmującego zamówienie środków, możliwe będzie przesuwanie tych środków pomiędzy poszczególnymi etapami Programu.</i>		
<b><u>Oświadczenia:</u></b>  <b>1) Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.</b>		

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 odrzucenia oferty:**

(Uwagi Komisji Konkursowej)

**Decyzja Komisji Konkursowej:**

**Oferta przyjęta do realizacji: TAK/NIE**

(wskazanie powodów przyjęcia/nieprzyjęcia oferty)

**Kwota przyznana na realizację Programu:**

..... zł brutto

**Data oceny:**

**Podpis:**

**Przewodniczący Komisji konkursowej**

**Członkowie Komisji konkursowej:**

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