

| | | |
|--|--|--|
| Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków tel. (012) 616-94-92 | | Załącznik nr 2b do ogłoszenia stanowiącego załącznik do zarządzenia Prezydenta Miasta Krakowa nrz dnia |
| Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2019-2021” Formularz ofertowy na 2019 r. Program nr 2: Program profilaktyki próchnicy u dzieci Dzielnica XIV | | |
| <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 | (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:

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 miejsca, w którym 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 (dokładne wskazanie) |
|--|--|---|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |

| | | | |
|---|---|---|----------|
| Ilość punktów możliwych do uzyskania | Od 0 do 3 pkt | Ilość punktów przyznanych przez Komisję |pkt |
| 2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program | | | |
| Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu: | Gabinet/gabinety dentystyczne, w których realizowany będzie Program posiadają, co najmniej 12 m2 każdy w przypadku jednego fotela, a w przypadku dodatkowych foteli co najmniej 8 m2 na każdy następny fotel |(tak/nie) | |
| | Gabinet/gabinety dentystyczne, w których realizowany będzie Program posiadają powyżej 12 m2 każdy w przypadku jednego fotela, a w przypadku dodatkowych foteli powyżej 8 m2 na każdy następny fotel |(tak/nie) | |
| | Wpisać wiek wyrobów medycznych (unit stomatologiczny, lampa polimeryzacyjna, autoklaw) na którym realizowane będą świadczenia – starsze niż 10 lat/ nie starsze niż 10 lat / nie starsze niż 5 lat (data produkcji) | rok | |
| Ilość punktów możliwych do uzyskania | od 0 do 3 pkt. | Ilość punktów przyznanych przez Komisję |pkt |
| 3. Wstępne uzgodnienia realizującego program | | | |
| Wstępne uzgodnienia: | Listy intencyjne od dyrektorów placówek (szkół) |(tak/nie) | |
| Ilość punktów możliwych do uzyskania | od 0 do 1 pkt | Ilość 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 czy prowadzona będzie tzw. lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie |(tak/nie) | |
| Ilość punktów możliwych do uzyskania | od 0 do 3 pkt. | Ilość punktów przyznanych 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 lub Nie) |(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 (Należy wpisać: Tak lub Nie) |(tak/nie) |
| Posiadanie urządzeń diagnostycznych działających w oparciu o zjawisko fluorescencji (np. Diagnostodent): | Oferent informuje, czy posiada urządzenie diagnostyczne działające w oparciu o zjawisko fluorescencji (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) |
| Doświadczenie w prowadzeniu programów: | Posiadane doświadczenie w realizacji, programów zdrowotnych po 2007 r. (imię i nazwisko lekarza, nazwa, czas i wskazanie zlecającego program) | <p>I. imię i nazwisko</p> <p>II. nazwa programów</p> <p>III. czas realizacji programów</p> <p>IV. zlecający programy</p> |
| Gabinet stomatologiczny na terenie, którego będzie realizowany Program znajduje się na obszarze Dzielnicy Miasta Krakowa, dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnic. | | |
| Ilość punktów możliwych do uzyskania | od 0 do 18 pkt | Ilość punktów przyznanych przez Komisjępkt |
| Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję: | | pkt. |
| Proponowana cena poszczególnych etapów Programu: | | |
| Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem: | Cena brutto objęcia I etapem Programu jednego pacjenta |zł brutto |
| | Zakładana liczba pacjentów | pacjentów |
| | Cena brutto objęcia II etapem Programu (wizyta +lakierowanie) |zł brutto |

| | | |
|--|---|-----------------|
| | jednego pacjenta z wyłączeniem lakowania zębów | |
| | Zakładana liczba pacjentów | pacjentów |
| | Cena brutto lakowania <u>jednego zęba</u> |zł brutto |
| | Zakładana średnia liczba zębów do zalakowania u jednego pacjenta | zębów/rok |

Proponowana kwota roczna należności za realizację zamówienia

..... zł brutto

Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanego Przyjmującego 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 publicznych, 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 publicznych, 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/nieprzyjęta 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/nie przyjęcia oferty)***Kwota przyznana na realizację Programu:**

.....zł brutto

Data oceny:**Podpis****Przewodniczący Komisji konkursowej****Członkowie Komisji konkursowej:**

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