

| | |
|---|---|
| Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków tel. (012) 616-94-92 | Załącznik nr 1b 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 1: Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych
Dzielnica VII

| | | |
|--|--|--------------------|
| <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 przyznanych przez Komisję | pkt | |

5. Dodatkowe punkty możliwe do zdobycia przez oferenta:

| | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|
| <p>Odrębna linia telefoniczna wyłącznie na potrzeby Programu / programów)</p> | <p>Oferent deklaruje, że w przypadku przyjęcia oferty w terminie do dnia zawarcia umowy uruchomi odrębną linię telefoniczną (należy wpisać)</p> | | <p>..... (tak/nie)</p> |
| <p>Posiadanie aktualnej w dniu składania oferty umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia w zakresie objętym Programem</p> | <p>(należy wpisać Tak lub Nie)</p> | | <p>..... (tak/nie)</p> |
| <p>Posiadanie, co najmniej jednego certyfikatu jakości udzielanych świadczeń medycznych</p> | <p>Oferent informuje, czy posiada co najmniej jeden certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych</p> | | <p>..... (tak/nie)</p> |
| <p>Realizacja umowy z Urzędem Miasta Krakowa</p> | <p>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)</p> | | <p>..... (tak/nie)</p> |
| <p>Miejsce realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, znajduje się na obszarze Dzielnicy Miasta Krakowa, dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnic</p> | | | <p>..... (tak/nie)</p> |
| <p>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</p> | | | <p>..... (tak/nie)</p> |
| <p>Liczba punktów możliwych do uzyskania</p> | <p>od 0 do 9 pkt</p> | <p>Liczba punktów przyznanych przez Komisję</p> | <p>..... pkt</p> |
| <p>Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:</p> | | | <p>..... pkt</p> |

Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:

| | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <p>Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:</p> | <p align="center"><u>Cena brutto objęcia jednego dziecka następującymi badaniami:</u></p> <p>ETAP I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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> | <p align="right">..... zł brutto</p> |
| | <p align="center">Zakładana liczba pacjentów</p> | <p align="right">..... pacjentów</p> |

| | | |
|--|--|-----------------|
| | 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 | pacjentów |
| | Proponowana kwota roczna należności za realizację zamówienia | zł brutto |

Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanых 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/nie 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.