

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 nrz dnia
Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2019-2021” Formularz ofertowy na 2019 r. Program nr 1: Program profilaktyki próchnicy u dzieci Dzielnica		
(pieczęć oferenta)	Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia)	
I. Dane oferenta		
Nazwa oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
Organ dokonujący wpisu		
Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej		
Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
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. Diagnodent):	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)	I. imię i nazwisko II. nazwa programów III. czas realizacji programów IV. zlecający programy	
Gabinet stomatologiczny na terenie, którego będzie realizowany Program znajduje się na obszarze Dzielnicy Miasta Krakowa, dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnic.		 (tak/nie)	
Ilość punktów możliwych do uzyskania	od 0 do 18 pkt	Ilość punktów przyznanych przez Komisję	pkt
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 przyznanych Przyjmującego zamówienie środków finansowych, możliwe będzie przesuwanie tych środków pomiędzy poszczególnymi etapami Programu.		
<u>Oświadczenia:</u>		
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	
<i>(wskazanie powodów przyjęcia/nie przyjęcia oferty)</i>	
Kwota przyznana na realizację Programu:	zł brutto
Data oceny:	Podpis
Przewodniczący Komisji konkursowej	
Członkowie Komisji konkursowej: 1. 2. 3. 4.	