

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

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2019-2021”

Formularz ofertowy na 2020 r.

Program nr 4: Program profilaktyki wad postawy

Dzielnica

<i>(pieczęć oferenta)</i>	<i>Data wpływu oferty (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. oświadczenie o nie zaleganiu z należnościami względem Gminy Miejskiej Kraków;
4. certyfikat/y jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) – nie są obowiązkowe, niemniej jednak w przypadku dołączenia co najmniej jednego certyfikatu do oferty, można uzyskać dodatkowy 1 pkt;
5. 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.			
Liczba punktów możliwych do uzyskania (od 0 do 4 pkt)		Liczba punktów przyznanych przez Komisję	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)
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 2 pkt)		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)
Liczba 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 2019 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)
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (0 do 10 pkt)		pkt
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję (0 -19 pkt)		pkt
Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:		
Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	Cena brutto badania przesiewowego jednego dziecka tradycyjną metodą badania fizykalnego z <u>testem zgięciowym Adamsa</u> i jednoczesną jego weryfikacją przez komputerową ocenę wad postawy z <u>wykorzystaniem mowy 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	
	Proponowana kwota roczna należności za realizację zamówienia w 2020 r. (oferta nie może przekroczyć kwoty na daną dzielnicę)	 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.		
<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 objętych Programem, 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 w 2020 r.:

.....zł brutto

Data oceny

Podpis:

**Przewodniczący Komisji
Konkursowej**

**Członkowie Komisji
Konkursowej:**

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