

<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 1b 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 szczepień ochronnych przeciw grypie po 65 roku życia**

<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/ fax do osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta</b>	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
<b>Telefon kontaktowy/fax do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty</b>	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>

<b>e-mail</b>				
<b>Numer konta bankowego</b>				
<b>Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację Programu</b>				
<b>DO OFERTY NALEŻY DOŁĄCZYĆ:</b>				
1) dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu medycznego realizującego Program; 2) oświadczenie o niezaleganiu z należnościami względem Gminy Miejskiej Kraków; 3) 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;				
<b>II. Elementy oferty podlegające ocenie Komisji</b>				
<i>- podawane informacje powinny dotyczyć miejsc, w których realizowany będzie Program:</i>				
<b>Kryteria oceny oferty</b>				
<b>1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do realizacji Programu:</b>				
<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>Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)</b>			<b>..... pkt</b>	

**2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program:**

Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program spełniają wymagania określone przepisami prawa i są dopuszczone pod względem sanitarnym.

Tak/nie.....

Wskazać adres pomieszczenia/pomieszczeń podmiotu leczniczego na terenie, którego będzie realizowany Program

.....  
 .....

**3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:**

<b>Dostępność do Programu:</b>	<b>Możliwość rejestracji i informacji telefonicznej - wpisać tak lub nie oraz wskazać nr telefonu</b>	.....(tak/nie) tel. ....
	<b>Należy wpisać ile dni w tygodniu realizowany będzie Program</b>	..... dni
	<b>Należy wpisać ile dni w tygodniu Program będzie realizowany nie krócej niż do godz.18.00</b>	..... dni
	<b>Należy wpisać, czy Program będzie realizowany również w każdą sobotę i przez ile godzin</b>	.....(tak/nie) .....godziny
	<b>Należy wpisać, czy prowadzona będzie tzw. lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie</b>	..... (tak/nie)
<b>Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)</b>	..... pkt	

**4. Dodatkowe punkty – wymogi pożądane:**

<b>Odrębna linia telefoniczna wyłącznie na potrzeby Programu/programów</b>	<b>Oferent deklaruje, że w przypadku przyjęcia oferty w terminie do dnia zawarcia umowy uruchomi odrębną linię telefoniczną (należy wpisać: Tak lub Nie)</b>	.....(tak/nie)
<b>Posiadanie aktualnej w dniu składania oferty umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia w zakresie „POZ”</b>	<b>(należy wpisać: Tak lub Nie)</b>	.....(tak/nie)
<b>Posiadanie, co najmniej jednego certyfikatu jakości udzielanych świadczeń medycznych</b>	<b>Oferent informuje, czy posiada, co najmniej jeden certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (Należy wpisać: Tak lub Nie)</b>	.....(tak/nie)
<b>Realizacja umowy z Urzędem Miasta Krakowa</b>	<b>Oferent informuje, że realizował w 2019 r., co najmniej jedną umowę z UMK dotyczącą szczepień i zrealizował ją na poziomie, co najmniej 90%</b>	.....(tak/nie)

	(należy wpisać: Tak lub Nie)	
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 4 pkt)		..... pkt
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję (0 – 10 pkt)		..... pkt
<b>Proponowana cena poszczególnych etapów Programu i realizacji oferty:</b>		
<b>Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:</b>	<b>Cena brutto objęcia <u>jednego pacjenta</u> badaniem Etap I</b> (według opisu szczegółowego sposobu realizacji Programu – pkt. 4, ppkt 2 – Planowane interwencje "Opisu Programu")	..... zł brutto
	<b>Zakładana liczba pacjentów</b>	..... pacjentów
	<b>Cena brutto objęcia <u>jednego pacjenta</u> szczepieniem Etap II</b> (według opisu szczegółowego sposobu realizacji Programu – pkt.4 ppkt 2 " Planowane interwencje „Opisu Programu”)	..... zł brutto
	<b>Zakładana liczba pacjentów</b>	..... pacjentów
	<b>Proponowana łączna, całkowita kwota należności za realizację 100% zamówienia w 2020 r. (zgodnie z ww. propozycją oferenta, przy czym całkowita wartość oferty nie może przekroczyć kwoty na Program tj. 564 150 zł)</b>	..... zł brutto
<i>Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanych Przyjmującemu zamówienie środków, możliwe będzie przesuwanie tych środków pomiędzy poszczególnymi etapami Programu.</i>		
<b><u>Oświadczenia:</u></b>		
<p>1) <i>Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.</i></p> <p>2) <i>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.</i></p> <p>3) <i>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.</i></p>		

*(data, pieczęć oferenta oraz podpis/y osoby/osób upoważnionej/yh do reprezentacji oferenta)*

**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 w 2020 r.:**

..... zł brutto

**Data oceny:**

**Podpis:**

**Przewodniczący Komisji konkursowej**

**Członkowie Komisji konkursowej:**

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