Udzielający zamówienia: **Urząd Miasta Krakowa** **Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia** **ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków** **tel. 12/ 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 2021 r.
Program Nr 1: Program szczepień ochronnych przeciw grypie po 65 roku życia
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 rachunku bankowego		

Adres miejsca (gabinetu) podmiotu leczniczego, w którym planuje się realizację Programu	

DO OFERTY MOŻNA DOŁĄCZYĆ: 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.

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 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: lekarze, pielęgniarki – kurs szczepień ochronnych**	**Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)**	**Posiadane doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program od 2015 r.)**	**Numer prawa wykonywania zawodu**
Lekarze					
1.					
2.					
3.					
Pielęgniarki					
1.					
2.					
3.					

Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)		**…… pkt**
2. 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 w każdą sobotę i przez ile godzin	**.....(tak/nie) ……...godziny**
	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**
3. Dodatkowe punkty – wymogi pożądane:		
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 „POZ”	**(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 2020 r. w zakresie miejskiego lub dzielnicowego programu polityki zdrowotnej, co najmniej jedną umowę zawartą z UMK i zrealizował ją na poziomie, co najmniej 90% (należy wpisać: Tak lub Nie)**	**.....(tak/nie)**

Miejsce realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, znajduje się na obszarze Dzielnicy Miasta Krakowa, dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnic	**.....(tak/nie)**
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	**.....(tak/nie)**
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 14 pkt)	**.....pkt**
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję (0 – 20 pkt)	**……..…….……pkt**

Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:		
Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	**Cena brutto objęcia <u>jednego pacjenta</u> badaniem Etapu I** (według opisu szczegółowego sposobu realizacji Programu – pkt. 4, ppkt 2 - Planowane interwencje "Opisu Programu")	**.....zł brutto**
	Zakładana liczba pacjentów	..... pacjentów
	Cena brutto objęcia <u>jednego pacjenta</u> szczepieniem Etapu II (według opisu szczegółowego sposobu realizacji Programu – pkt.4 ppkt 2 - Planowane interwencje „Opisu Programu")	**.....zł brutto**
	Zakładana liczba pacjentów	.....pacjentów
	Proponowana kwota roczna należności za realizację zamówienia w 2021 r. (oferta nie może przekroczyć kwoty na daną dzielnicę)	**.....zł brutto**

Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanych Przyjmującego zamówienie środków, 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 pomieszczenia, w których realizowany będzie program spełniają warunki higieniczno-sanitarne do prowadzenia działalności zgodnie z przeznaczeniem i spełniają wymogi zawarte w rozporządzeniu ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.***
3) ***Oświadczam, o niezaleganiu z należnościami względem Gminy Miejskiej Kraków.***
4) ***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.***
5) ***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.***

6) ***Oświadczam, że informacje o kwalifikacjach osób wskazanych w ofercie, które będą udzielały świadczeń w związku z realizacją Programu są zgodne z wymaganiami obowiązujących przepisów prawnych i aktualnym stanem faktycznym w zakresie posiadanych uprawnień, kwalifikacji i doświadczenia zawodowego.***
7) ***Oświadczam, że oferent którego reprezentuję, postępuje zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych przy zbieraniu, przetwarzaniu i przekazywaniu danych osobowych wszystkich osób w związku z uczestnictwem w konkursie.***
8) ***Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.***

Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń

(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 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 2021 r.:	..... zł brutto
Data oceny:	**Podpis:**
Przewodniczący Komisji konkursowej	
Członkowie Komisji konkursowej: **1.** **2.** **3.** **4.**	