

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków tel. 12/ 616-94-92	Załącznik nr 2b 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 2: 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 rachunku bankowego		
Adres miejsca (gabinetu) 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 <i>- podawane informacje powinny dotyczyć miejsc, w których realizowany będzie Program:</i>			
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	Numer prawa wykonywania zawodu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 4 pkt)			.....pkt
2. Wstępne uzgodnienia realizującego Program:			
Listy intencyjne od dyrektorów szkół / placówek z terenu Dzielnicy, w której Oferent zamierza realizować Program i/ albo posiada umowę w zakresie medycyny szkolnej w takich placówkach.	ograniczone uzgodnienia	.....(tak/nie)	
	pełne 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, 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 aktualnej w dniu składania oferty umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie objętym programem	(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)
Oferent posiada doświadczenie w prowadzeniu, co najmniej jednego programu polityki zdrowotnej, przeprowadzonego od 2015 r. na zlecenie jednostki samorządu terytorialnego		..... (tak/nie)
Realizacja świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, odbywa się na obszarze Dzielnicy Miasta Krakowa, dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnic		..... (tak/nie)
Realizacja świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, odbywa się na obszarze Dzielnicy Miasta Krakowa dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnic i w dzielnicach przyległych do tej Dzielnicy		..... (tak/nie)
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (0 do 15 pkt)		.....pkt
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję (0 -24 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 2021 r. (oferta nie może przekroczyć kwoty na daną dzielnicę)		.....zł brutto
Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanых Przyjmującemu zamówienie środków finansowych, możliwe będzie przesuwanie tych środków pomiędzy poszczególnymi etapami Programu.		
<p><u>Oświadczenia:</u></p> <p>1) Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.</p> <p>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 – dotyczy części programu realizowanego na terenie podmiotu leczniczego.</p> <p>3) Oświadczam, o niezaleganiu z należnościami względem Gminy Miejskiej Kraków.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>8) Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.</p> <p style="text-align: center;">Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń</p> <p style="text-align: center;">(data, podpis i pieczęć oferenta lub osób/osób upoważnionej/upoważnionych do jego reprezentacji)</p>		
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	
<i>(wskazanie powodów przyjęcia/nie przyjęcia oferty)</i>	
Kwota przyznana na realizację Programu w 2021 r.:	.....zł brutto
Data oceny	Podpis:
Przewodniczący Komisji Konkursowej	
Członkowie Komisji Konkursowej:	
1.	
2.	
3.	
4.	