

Załącznik nr 2
do ogłoszenia stanowiącego
załącznik do zarządzenia nr
2307/2023
Prezydenta Miasta Krakowa
z dnia 11 sierpnia 2023 r.

OFERTA NA REALIZACJĘ W 2023 ROKU PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ
pn. „Program polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki zakażeń meningokokowych w Małopolsce
na lata 2020-2027”

NAZWA OFERENTA <i>(wypełnia oferent)</i>	DATA WPŁYWU OFERTY <i>(wypełnia udzielający zamówienia)</i>

I. DANE OFERENTA <i>(wypełnia oferent)</i>	
1.	Nazwa oferenta <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>
2.	Adres siedziby oferenta <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>
3.	Adres miejsca wykonywania Programu
4.	Numer telefonu oferenta

5.	Adres e-mail oferenta	
6.	Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej (jeśli dotyczy)	
7.	Numer wpisu oferenta do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
8.	Organ prowadzący rejestr, o którym mowa w pkt. 7	
9.	NIP	
10.	REGON	
11.	Numer konta bankowego	
12.	Imię i nazwisko, telefon kontaktowy oraz adres e-mail do osoby upoważnionej przez oferenta do udzielania informacji dotyczących oferty	

II. DOKUMENTY, KTÓRE OFERENT DOŁĄCZA DO OFERTY
(wypełnia oferent)

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.

Dołączone do oferty dokumenty:

1.
2.
3.

III. ELEMENTY OFERTY PODLEGAJĄCE OCENIE KOMISJI (KRYTERIA JAKOŚCIOWE)

1. PERSONEL MAJĄCY REALIZOWAĆ PROGRAM

(wypełnia oferent)

Lp.	Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Czas, od kiedy osoba zatrudniona jest u oferenta	Posiadane specjalizacje – w przypadku Lekarza <i>(należy wymienić)</i> Posiadanie kursu szczepień ochronnych – w przypadku pielęgniarki (TAK/NIE) <i>(należy wpisać TAK lub NIE)</i>	Posiadane doświadczenie zawodowe <i>(należy podać liczbę lat doświadczenia zawodowego)</i>	Posiadane doświadczenie w realizacji programu zdrowotnego/ programu polityki zdrowotnej wykonywanego po 2015 r. <i>(należy podać nazwę programu, rok/lata realizacji, zlecającego program)</i>	Numer prawa wykonywania zawodu
LEKARZE						
1.						
2.						
3.						
...						
PIELĘGNIARKI						
1.		Nie dotyczy		Nie dotyczy	Nie dotyczy	
2.		Nie dotyczy		Nie dotyczy	Nie dotyczy	
3.		Nie dotyczy		Nie dotyczy	Nie dotyczy	
...		Nie dotyczy		Nie dotyczy	Nie dotyczy	
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (max 11 pkt)						
				.....pkt		

2. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH OBJĘTYCH PROGRAMEM (wypełnia oferent)		
Podstawowa dostępność (obowiązkowa): Oferent zapewnia możliwość rejestracji telefonicznej oraz w punkcie, w którym będzie realizowany Program, a także zapewnia informację o Programie, co najmniej w punkcie, telefonicznie oraz na stronie internetowej (jeżeli posiada). Program realizowany jest przez co najmniej 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy), przez co najmniej 5 h godzin dziennie, w tym co najmniej 2 dni w tygodniu nie krócej niż do godz. 18.00.	TAK	
Duża dostępność: Oferent zapewnia możliwość rejestracji telefonicznej oraz w punkcie, w którym będzie realizowany Program, a także zapewnia informację o Programie, co najmniej w punkcie, telefonicznie oraz na stronie internetowej (jeżeli posiada). Program realizowany jest przez co najmniej 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy), przez co najmniej 8 h godzin dziennie, w tym co najmniej 2 dni w tygodniu nie krócej niż do godz. 18.00.	..... (należy wpisać TAK albo NIE)
Lokalizacje:	Program realizowany będzie w 1 lokalizacji (należy wpisać TAK albo NIE)
	Program realizowany będzie w 2 lokalizacjach (należy wpisać TAK albo NIE)
	Program realizowany będzie w więcej niż 2 lokalizacjach (należy wpisać TAK albo NIE)
Oferent deklaruje realizację Programu w każdą sobotę przez co najmniej trzy godziny dziennie.	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Dni i godziny realizacji Programu: (zgodnie z powyższym, w zależności od zadeklarowanej dostępności)	Poniedziałek od.....do..... Wtorek od.....do..... Środa od.....do..... Czwartek od.....do..... Piątek od.....do..... Sobota od.....do.....	
Oferent prowadzi listę rezerwową oczekujących na udział w Programie	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (max 16 pkt)	..... pkt

3. DODATKOWE PUNKTY (wypełnia oferent)		
Oferent deklaruje, że w terminie do dnia zawarcia umowy, uruchomi odrębną linię telefoniczną (odrębny numer telefonu), która używana będzie wyłącznie dla potrzeb realizacji Programu lub innych programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków Miasta Krakowa.	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Oferent posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Oferent posiada, co najmniej jeden certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ).	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Oferent wykonał w 2022 r. co najmniej 1 umowę z Urzędem Miasta Krakowa na realizację programu polityki zdrowotnej na poziomie co najmniej 90% jej wartości.	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (max 6 pkt)	.....pkt
Łączna liczba punktów przyznanych przez Komisję w ramach kryteriów jakościowych (max 33 pkt)	.....pkt
UWAGA: spełnianie warunku dotyczącego określonego wyżej okresu/czasu w kryteriach jakościowych, ustala się na dzień upływu składania ofert określonego w ogłoszeniu.		
IV. CENY POSZCZEGÓLNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I USŁUG, REALIZOWANYCH W RAMACH PROGRAMU.		
	Nazwa, świadczenia zdrowotnego lub usługi	Cena jednostkowa brutto
1.	Kwalifikacja lekarska uwzględniająca badanie lekarskie przeprowadzane w celu wykluczenia przeciwwskazań do zaszczepienia, udzielenie przez lekarza kluczowych informacji na temat szczepienia (m.in. zakres działania szczepionki oraz jej bezpieczeństwo) oraz uzyskanie świadomej zgody rodziców/opiekunów prawnych pacjenta (według opisu Programu - Planowane interwencje) zł brutto
2.	Wykonanie szczepienia (usługa szczepienia wraz ze szczepionką - według opisu Programu - Planowane interwencje) zł brutto
Proponowana łączna kwota za kwalifikację lekarską, podanie szczepionki i jedną dawkę szczepionki przeciwko meningokokom typu B (pkt 1 oraz pkt 2) jednego pacjenta nie może przekroczyć 392 zł (słownie: trzysta dziewięćdziesiąt dwa złote 00/100).		

V. OŚWIADCZENIA OFERENTA

(wypełnia oferent)

Oferent oświadcza, że :

1. 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, w tym zawodowego;
2. wszystkie pomieszczenia i urządzenia, które służyć będą realizacji Programu odpowiadają wymaganiom właściwym do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych;
3. posiada polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym Programem;
4. zapoznał się z treścią Programu, dokumentacją konkursu ofert i akceptuje wszystkie zawarte w niej treści;
5. wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;
6. w przypadku wyboru niniejszej oferty nie będzie przedstawiał do rozliczenia świadczeń rozliczonych w Gminie Miejskiej Kraków, do innych podmiotów, w tym do Narodowego Funduszu Zdrowia.

.....
Data, podpis/podpisy osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do działania w imieniu oferenta

Uwaga: oferta winna być podpisana przez osoby upoważnione do działania w imieniu oferenta. Podpis należy składać pełnym imieniem i nazwiskiem (czytelnie) z zaznaczeniem pełnionej funkcji lub opatrzyć imienną pieczętą.

OCENA OFERTY PRZEZ KOMISJĘ KONKURSOWĄ
(wypełnia komisja konkursowa)

1.	Oferta spełnia wymagania formalne	..... (proszę wpisać TAK lub NIE)
2.	Liczba punktów, którą uzyskała oferta	.....
3.	Oferta osiągnęła minimalną wartość punktów w zakresie oceny merytorycznej, pozwalającą na przyjęcie do realizacji	..... (proszę wpisać TAK lub NIE)
4.	Oferta przyjęta do realizacji	..... (proszę wpisać TAK lub NIE)
		W przypadku odrzucenia oferty, wskazanie przyczyn nieprzyjęcia oferty do realizacji:

.....
data oceny oferty

Lp.	Imię i nazwisko	Funkcja	Podpis
1.		Przewodniczący komisji	
2.		Zastępca Przewodniczącego komisji	
3.		Członek komisji	
4.		Członek komisji	
5.		Członek komisji	