

Załącznik nr 3
do ogłoszenia stanowiącego
załącznik do zarządzenia nr
2197/2024
Prezydenta Miasta Krakowa
Z dnia 20 sierpnia 2024r.

OFERTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń meningokokowych typu B
wśród dzieci w wieku od 2 do 36 miesiąca życia, zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków,
na lata 2024 - 2026”

NAZWA OFERENTA (wypełnia oferent)	DATA WPŁYWU OFERTY (wypełnia udzielający zamówienia)

I. DANE OFERENTA (wypełnia oferent)		
1.	Nazwa oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)	
2.	Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)	
3.	Numer telefonu oferenta	
4.	Adres e-mail oferenta	
5.	Wskazanie rejestru, do którego wpisany jest oferent (np. Krajowy Rejestr Sądowy, Centralna Ewidencja i Informacja)	

	<i>o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej)</i>	
6.	NIP	
7.	REGON	
8.	Numer konta bankowego	
9.	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) oraz poświadczający/e, że podmiot leczniczy jest przyjazny pacjentowi – nie są obowiązkowe, niemniej jednak są punktowane przy ocenie oferty.

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	Posiadane specjalizacje - w przypadku Lekarza (należy wymienić)	Numer prawa wykonywania zawodu
LEKARZE			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
PIELĘGNIARKI			
1.		Nie dotyczy	
2.		Nie dotyczy	
3.		Nie dotyczy	
4.		Nie dotyczy	
5.		Nie dotyczy	

Liczba punktów przyznanych przez Komisję (max 40 pkt)	.....pkt
2. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH OBJĘTYCH PROGRAMEM <i>(wypełnia oferent)</i>	
Podstawowa dostępność (obligatoryjna): 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. Oferent prowadzi listę rezerwową oczekujących na udział w Programie.	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. Oferent prowadzi listę rezerwową oczekujących na udział w Programie.	..... <i>(należy wpisać TAK albo NIE)</i>
Liczba lokalizacji, w których realizowany będzie Program <i>(Należy wskazać liczbę wszystkich lokalizacji, w których realizowany będzie Program)</i>	..... <i>(należy podać liczbę lokalizacji)</i>
Adres miejsca/miejsc wykonywania Programu <i>(Należy wypisać wszystkie lokalizacje, w których realizowany będzie Program)</i>	1. 2. 3.
Dni i godziny realizacji Programu: <i>(Należy wpisać godziny pracy (od .. do...) w poszczególne dni tygodnia)</i>	Poniedziałek od.....do..... Wtorek od.....do..... Środa od.....do..... Czwartek od.....do..... Piątek od.....do..... Sobota od.....do.....
Należy wpisać ile dni w tygodniu, od poniedziałku do piątku, Program będzie realizowany nie krócej niż do godz. 18:00	..... dni

Proszę wskazać nazwę preparatu szczepionkowego z wykorzystaniem, którego realizowany będzie Program		.....
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (max 30 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 albo NIE)
Oferent posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie realizacji szczepień dzieci.		..... (należy wpisać TAK albo NIE)
Oferent posiada, co najmniej jeden certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ).		..... (należy wpisać TAK albo NIE)
Oferent posiada certyfikat poświadczający, że podmiot leczniczy jest przyjazny pacjentowi.		..... (należy wpisać TAK albo NIE)
Oferent deklaruje realizację Programu w co najmniej 2 soboty w każdym miesiącu przez co najmniej 3 h godziny dziennie.		..... (należy wpisać TAK albo NIE)
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (max 30 pkt)		.....pkt
Łączna liczba punktów przyznanych przez Komisję w ramach kryteriów jakościowych (max 100 pkt)		.....pkt
IV. CENY POSZCZEGÓLNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I USŁUG, REALIZOWANYCH W RAMACH PROGRAMU.		
Nazwa, świadczenia zdrowotnego lub usługi		Cena jednostkowa brutto
1.	Kwalifikacja lekarska (z zastrzeżeniem postanowień ogłoszenia konkursowego)	..... zł brutto

2.	Usługa wykonania szczepienia	..... zł brutto
3.	Jedna dawka szczepionki	..... zł brutto

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. w ramach realizacji Programu zagwarantuje szczepienie w schemacie 3-dawkowym;
4. posiada polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym Programem;
5. zapoznał się z treścią Programu, dokumentacją konkursu ofert i akceptuje wszystkie zawarte w niej treści;
6. wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;
7. 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 pieczęcią.

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	
----	--	-----------------	--