

Udzielający zamówienia: Gmina Miejska Kraków - Urząd Miasta Krakowa Biuro ds. Ochrony Zdrowia Al. Powstania Warszawskiego 10, pokój Nr 411 tel. (12) 616-94-90 fax (12) 616-94-86		Program Nr 6	
Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016-2018” Formularz ofertowy Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób 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 konta bankowego			
Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację Programu			

DO OFERTY NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

1. dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu medycznego realizującego Program;
2. pozytywną opinię Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzającą, że pomieszczenia, w których realizowany będzie Program są dopuszczone pod względem sanitarnym.
3. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej;
4. aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
5. statut (jeśli oferent posiada);
6. zaświadczenie o nr NIP;
7. zaświadczenie o nr REGON;
8. oświadczenie o sposobie rozliczenia (podmiot jest / nie jest podatnikiem podatku VAT);
9. oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych i przyjęciu ich bez zastrzeżeń;
10. oświadczenie o nie zaleganiu z należnościami względem ZUS, urzędu skarbowego i Gminy Miejskiej Kraków;
11. oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
12. oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
13. certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) – jeśli oferent posiada;
14. dokumenty potwierdzające nazwę i wiek oraz dopuszczenie do użytku aparatury i sprzętu medycznego (jeśli są wymagane);

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 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 lub kursy kwalifikacyjne; (kurs szczepień ochronnych)	Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)	Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

8.				
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)				pkt
2. Pomieszczenia i wyroby medyczne (dotyczy pomieszczeń, w których realizowany będzie Program):				
Pozytywna opinia Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzająca, że pomieszczenia, w których realizowany jest Program są dopuszczone pod względem sanitarnym.				
				(tak/nie)
3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:				
	Możliwość rejestracji i informacji telefonicznej (wymagany nr stacjonarny) - wpisać tak lub nie oraz wskazać nr telefonu	(tak/nie) tel. (012).....		
	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)		
Dostępność do Programu:				
Ilość 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/programów (wymagany nr stacjonarny).	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 2015 r. (w zakresie objętym Programem), co najmniej jedną umowę zawartą z UMK i zrealizował ją na poziomie, co najmniej 90% (należy wpisać: Tak lub Nie)	(tak/nie)		
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 4 pkt)				pkt
Pomieszczenie podmiotu leczniczego na terenie, którego będzie realizowany Program znajduje się na obszarze Dzielnicy Miasta Krakowa, dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań Dzielnicy.		(tak/nie)		
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (10pkt)				pkt
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:				 pkt
Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:				
Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	Cena brutto objęcia jednego pacjenta badaniem etapu I w Programie (zgodnie z opisem Programu)	zł brutto		
	Cena brutto objęcia jednego pacjenta szczepieniem etapu II w Programie (zgodnie z opisem Programu)	zł brutto		

	Kwota należności proponowana na 2016 r. na realizację zamówienia.	zł brutto
Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznaných Przyjmującemu zamówienie środków finansowych, możliwe będzie przesuwanie tych środków pomiędzy poszczególnymi etapami Programu.		
Oświadczenia: 1) Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. 2) Oświadczam, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, oferent, którego reprezentuję nie będzie wykazywał świadczeń medycznych objętych Programem, finansowanych z budżetu Miasta Krakowa, udzielonych uczestnikom Programu (pacjentom), które są finansowane z innych środków publicznych, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. 3) Oświadczam, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty wskazany w ofercie personel medyczny do realizacji Programu, finansowanego z budżetu Miasta Krakowa będzie wykonywał Program poza harmonogramem pracy, wynikającym z umowy finansowanej z innych środków publicznych, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.		
(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:		
Kryteria oceny		
1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do realizacji Programu:	pkt	
2. Pomieszczenia i wyroby medyczne (w gabinetach, w których realizowany będzie Program):	pkt	
3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:	pkt	
4. Dodatkowe punkty możliwe do zdobycia przez oferenta:	pkt	
Łącznie:	pkt	
(Uwagi Komisji Konkursowej)		
Decyzja Komisji Konkursowej:		
Oferta przyjęta do realizacji: TAK/NIE		
(wskazanie powodów przyjęcia/nie przyjęcia oferty)		

Kwota przyznana na realizację Programu:		zł brutto
Data oceny:	Podpis:	
1. Michał Marszałek		
2. Maria Piętak-Frączek		
4. Paulina Kulińska		
5. Krystyna Teresa Włosik		