Załącznik nr 2

do ogłoszenia stanowiącego

załącznik do zarządzenia nr

Prezydenta Miasta Krakowa

z dnia

**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**  *(wypełnia oferent)* | | | | **DATA WPŁYWU OFERTY**  *(wypełnia udzielający zamówienia)* | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |
| 1. **DANE OFERENTA** *(wypełnia oferent)* | | | | | | | |
| 1. | **Nazwa oferenta**  *(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)* | | |  | | | |
| 2. | **Adres siedziby oferenta**  *(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)* | | |  | | | |
| 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** | | |  | | | |
| 1. **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. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………... | | | | | | | |
| 1. **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**  *(należy wymienić)*  **Posiadanie kursu szczepień ochronnych –  w przypadku pielęgniarki (TAK/NIE)**  *(należy wpisać TAK lub NIE)* | **Posiadane doświadczenie zawodowe** *(należy podać liczbę lat doświadczenia zawodoweg*o**)** | **Posiadane doświadczenie**  **w realizacji programu zdrowotnego/**  **programu polityki zdrowotnej wykonywanego po 2015 r.**  *(należy podać nazwę programu, rok/lata realizacji, zlecającego program)* | **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** | | | | | | | | |
| 1. **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** | |
| 1. **DODATKOWE PUNKTY**   *(wypełnia oferent)* | | | | | | | |
| Oferent deklaruje, że w terminie do dnia zawarcia umowy, uruchomi odrębną liniętelefoniczną (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. | | | | | | | |
| 1. **CENY POSZCZEGÓLNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I USŁUG, REALIZOWANYCH**   **W RAMACH PROGRAMU.** | | | | | | | |
| **Nazwa, świadczenia zdrowotnego lub usługi** | | | | | | **Cena jednostkowa brutto** | |
|  | | 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 | |
|  | | 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).** | | | | | | | |
| 1. **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 pieczątką. | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |  |