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***(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 oferentaUwaga: 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** |  |