

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków tel. (012) 616-94-92	Załącznik nr 1b do ogłoszenia stanowiącego załącznik do zarządzenia Prezydenta Miasta Krakowa nr z dnia
---	---

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2019-2021”
Formularz ofertowy
Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Miejskiej Kraków

<i>(pieczęć oferenta)</i>	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	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
Telefon kontaktowy/fax do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>

e-mail				
Numer konta bankowego				
Adres miejsca (gabinetu), w którym planuje się realizację Programu				
DO OFERTY NALEŻY DOŁĄCZYĆ: - dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu medycznego realizującego Program; - pozytywną opinię Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzającą, że pomieszczenia, w których realizowany będzie Program są dopuszczone pod względem sanitarnym; - oświadczenie o sposobie rozliczenia (podmiot jest / nie jest podatnikiem podatku VAT); - oświadczenie o niezaleganiu z należnościami względem Gminy Miejskiej Kraków; - certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) – jeśli oferent posiada.				
II. Elementy oferty podlegające ocenie Komisji <i>- podawane informacje powinny dotyczyć miejsc, w których realizowany będzie Program:</i>				
Kryteria oceny oferty				
1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do realizacji Programu:				
Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Czas, od kiedy osoba udziela świadczeń zdrowotnych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa cywilnoprawna)	Posiadane specjalizacje: Lekarze (tytuły naukowe – wskazanie w jakiej dziedzinie), pielęgniarki – kurs /szkolenia w zakresie szczepień ochronnych,	Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)	Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych w zakresie szczepień dzieci (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program)
Lekarze				
1.				
2.				
3.				
Pielęgniarki				
1.				
2.				
3.				
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt):			 pkt	

2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program:

Pozytywna opinia Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzająca, że pomieszczenia, w których realizowany będzie program są dopuszczone pod względem sanitarnym

Tak/nie.....

Wskazać adres pomieszczenia/pomieszczeń podmiotu leczniczego na terenie, którego będzie realizowany Program.....

Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu:	Gabinet/gabinety lekarskie (1 lub 2 gabinety) i przygotowawczo-zabiegowe lub zabiegowe	 (tak/nie)
	Gabinety lekarskie (co najmniej 3 gabinety) i przygotowawczo-zabiegowe lub zabiegowe o powierzchni większej niż 6 m ²	 (tak/nie)
	Punkt szczepień funkcjonujący u realizatora Programu	 (tak/nie)

Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)

3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:

Dostępność do Programu:	Możliwość rejestracji i informacji telefonicznej przez 5 dni w tygodniu - wpisać tak lub nie oraz wskazać nr telefonu	 (tak/nie) tel.
	Należy wpisać, w które dni tygodnia realizowany będzie Program	
	Należy wpisać ile dni w tygodniu Program będzie realizowany po południu do godz. 18:00	 dni
	Należy wpisać godziny pracy (od .. do...) w poszczególne dni tygodnia	
	Należy wpisać, czy prowadzona będzie tzw. lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie	 (tak/nie)

Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt):

..... pkt

4. Dodatkowe punkty – wymogi pożądane:

Odrębna linia telefoniczna wyłącznie na potrzeby Programu/programów	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 szczepień ochronnych u dzieci	(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 2019 r. (w zakresie szczepień ochronnych) 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
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję (0-13 pkt.):		 pkt
Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:		
Uwaga: Oferent musi podać proponowaną cenę brutto dla każdego rodzaju szczepionki.		
	Szczepionka dwuwalentna	
Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	Cena brutto jednej dawki szczepionki przeciwko HPV	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów w 2020 roku	 pacjentów
	Zakładana liczba pacjentów w 2021 roku	 pacjentów
	Szczepionka czterowalentna	
	Cena brutto jednej dawki szczepionki przeciwko HPV	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów w 2020 roku	 pacjentów
	Zakładana liczba pacjentów w 2021 roku	 pacjentów
	Szczepionka dziewięciowalentna	
	Cena brutto jednej dawki szczepionki przeciwko HPV	 zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów w 2020 roku	 pacjentów
	Zakładana liczba pacjentów w 2021 roku	 pacjentów

Proponowane ceny wykonania kwalifikacji lekarskiej oraz koszty administracyjne	
Cena brutto wykonania usługi medycznej (kwalifikacja lekarska jednego pacjenta)	 zł brutto
Zakładana liczba pacjentów w 2020 roku	 pacjentów
Zakładana liczba pacjentów w 2021 roku	 pacjentów
Cena brutto kosztów administracyjnych (w odniesieniu do jednego pacjenta)	 zł brutto
Zakładana liczba pacjentów w 2020 roku	 pacjentów
Zakładana liczba pacjentów w 2021 roku	 pacjentów
Kwota należności na realizację zamówienia (łącznie roczna wartość realizacji Programu obliczona zgodnie z wyżej zaproponowanymi cenami oraz zakładaną liczbą pacjentów)	w roku 2020 zł brutto w roku 2021 zł brutto
Oferta na dany rok nie może przekroczyć kwoty 60 000 zł	
W umowie wskazane będą jednostkowe ceny szczepionek, jednostkowa cena kwalifikacji lekarskiej oraz jednostkowa cena kosztów administracyjnych. Natomiast stosowanie poszczególnych rodzajów szczepionek będzie uzależnione od ich dostępności na rynku oraz od potrzeb zdrowotnych mieszkańców Miasta Krakowa	
<u>Oświadczenia:</u> 1) Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. 2) Oświadczam, że w przypadku wyboru niniejszej oferty, oferent, którego reprezentuję nie będzie wykazywał do rozliczenia świadczeń zdrowotnych, udzielonych uczestnikom Programu (pacjentom), które są jednocześnie finansowane z innych środków publicznych, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. 3) Oświadczam, że w przypadku wyboru niniejszej oferty wskazany w ofercie personel medyczny do realizacji Programu, będzie wykonywał Program poza harmonogramem pracy, wynikającym z umowy finansowanej z innych środków, 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:	

(Uwagi Komisji Konkursowej)

Decyzja Komisji Konkursowej:

Oferta przyjęta do realizacji: TAK/NIE

(wskazanie powodów przyjęcia/nieprzyjęcia oferty)

Określenie należnych środków finansowych na realizację Programu:

w roku 2020.....zł brutto

w roku 2021.....zł brutto

Data oceny:

Podpis:

Przewodniczący Komisji konkursowej

Członkowie Komisji konkursowej:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.