

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Biuro ds. Ochrony Zdrowia al. Powstania Warszawskiego 10, pokój Nr 411 tel. 12 616 94 90 fax. 12 616 94 86	Dzielnica
--	-----------------

Formularz ofertowy
Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych dla dzieci z Dzielnicy ...

(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	(stacjonarny)	(komórkowy)
fax		
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) Pozytywna opinia Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzająca, że pomieszczenia, w których realizowany będzie program są dopuszczone pod względem sanitarnym – w szczególności spełniają warunki określone w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz 739)

Oświadczam, że w przypadku wybrania oferty w terminie wskazanym przez komisję Konkursową dostarczę dokumenty niezbędne do podpisania umowy tzn.:

- 1) wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej;
- 2) wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 3) statut (jeśli oferent posiada);
- 4) zaświadczenie o nr NIP;
- 5) zaświadczenie o nr REGON;
- 6) oświadczenie o sposobie rozliczenia (rachunek/faktura VAT);
- 7) polisę odpowiedzialności cywilnej oferenta;
- 8) oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych i przyjęciu ich bez zastrzeżeń;
- 9) oświadczenie o nie zaleganiu z należnościami względem ZUS, urzędu skarbowego i Gminy Miejskiej Kraków;
- 10) certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) – jeśli oferent posiada;
- 11) 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 (data) osoba udziela świadczeń medycznych, jakich świadczeń medycznych (związanych z wymaganiami konkursu) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa)	Doświadczenie w zagadnieniach ortopedii dziecięcej w tym w: diagnostyce i leczeniu stawów biodrowych – gdzie nabyte i ile lat, Doświadczenie w diagnostyce USG narządu ruchu – gdzie nabyte i ile lat	Posiadane specjalizacje lub kursy kwalifikacyjne (dokładne wskazanie), w tym „PTU”	Publikacje naukowe
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
Liczba punktów możliwych do uzyskania	Od 0 do 22 pkt	liczba punktów przyznanych przez Komisję	.....pkt	

2. Wyposażenie w wyroby medyczne - sprzęt i aparatura medyczna

Aparatura USG posiada aktualne świadectwa techniczne, atesty, certyfikaty, wyposażona w głowicę liniową 5-12 MHz oraz oprogramowanie umożliwiające pomiary kątowe

niezbędne do oceny ultrasonograficznej stawów biodrowych metodą Graffa		.....(tak/nie)	
Liczba punktów możliwych do uzyskania	Od 0 do 10 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję	..... pkt
3. Pomieszczenia, w których realizowany będzie program			
Oddzielna poczekalnia dla rodziców z dziećmi w bezpośrednim sąsiedztwie gabinetu		.....(tak / nie)	
Przewijalnia/przebieralnia dla dzieci		.....(tak / nie)	
Miejsce do przechowywania wózków dziecięcych na czas badania (wózkowania)		.....(tak / nie)	
Liczba punktów możliwych do uzyskania	Od 0 do 6 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję	.....pkt
4. Dostępność do świadczeń objętych Programem:			
Dostępność do Programu:	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 minimum w dwie soboty w miesiącu	.....(tak / nie)	
	Należy wpisać, czy prowadzona będzie lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie	..... (tak / nie)	
Liczba punktów możliwych do uzyskania	od 0 do 3 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję	.....pkt
5. 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 / nie)	
Posiadanie aktualnej w dniu składania oferty umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia w zakresie objętym Programem	(należy wpisać)	.....(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 roku 2009 (w zakresie objętym programem) co najmniej jedną umowę zawartą z UMK i zrealizował ją na poziomie co najmniej 90% (należy wpisać)	.....(tak / nie)	
Liczba punktów możliwych do uzyskania	od 0 do 4 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję	..... pkt
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:			..... pkt

Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:

Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	<p style="text-align: center;"><u>Cena brutto objęcia jednego dziecka następującymi badaniami:</u></p> <p>ETAP I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>przesiewowe badanie kliniczne stawów biodrowych przez wykwalifikowanego specjalistę zajmującego się zagadnieniami ortopedii dziecięcej, w tym diagnostyki i leczenia dysplazji stawów biodrowych;</i> 2) <i>badanie ultrasonograficzne (USG) stawów biodrowych tzw. metodą Grafa, przez wykwalifikowanego ultrasonografistę, doświadczonego w wykonywaniu tego typu badań;</i> 3) <i>wykonanie pisemnej dokumentacji badania wraz z dalszymi zaleceniami;</i> 4) <i>przekazanie opiekunom pisemnej i ustnej informacji na temat istoty dysplazji stawów biodrowych, prawidłowej pielęgnacji niemowlęcia oraz ewentualnej konieczności kontroli lub podjęcia leczenia dysplazji (zgodnie z obowiązującymi standardami dotyczącymi wskazań do kontrolnej oceny bioder, lub podjęcia terapii) wraz z informacją dotyczącą Poradni Ortopedii Dziecięcej oraz Poradni Preluksacyjnych na terenie Miasta Krakowa (działających w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego).</i> <p style="text-align: right;">.....zł brutto</p>	
	<p>ETAP II:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>badanie kliniczne stawów biodrowych przez kwalifikowanego specjalistę zajmującego się zagadnieniami ortopedii dziecięcej, w tym diagnostyki i leczenia dysplazji stawów biodrowych oraz kontrolne badanie ultrasonograficzne (USG) stawów biodrowych tzw. metodą Grafa przez wykwalifikowanego ultrasonografistę, doświadczonego w wykonywaniu tego typu badań (badanie będzie wykonane w terminie zgodnym z zaleceniami medycznymi);</i> 2) <i>wykonanie pisemnej dokumentacji badania wraz z dalszymi zaleceniami.</i> <p style="text-align: right;">..... zł brutto</p>	
	<p>Kwota należności proponowana w 2013 r. na realizację zamówienia (łącznie wartość programu)</p> <p style="text-align: right;">.....zł brutto</p>	

Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Oświadczam że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, oferent, którego reprezentuję nie będzie wykazywał świadczeń medycznych objętych Programem, a finansowanych z budżetu Miasta Krakowa, udzielonych uczestnikom Programu (niemowlętom od 4 tygodnia do 4 miesiąca życia), które są finansowane z innych środków publicznych, w szczególności przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

(data, podpis i pieczęć oferenta lub osoby / osób upoważnionej / upoważnionych do jego reprezentacji)

Ocena oferty przez Komisję Konkursową (wypełnia Komisja):

Oferta przyjęta / nie przyjęta pod względem spełniania wymagań formalnych (Tak / Nie)

Przyczyna / przyczyny odrzucenia oferty:

Kryteria oceny

1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do realizacji Programu:

pkt

2. Wyposażenie w wyroby medyczne - sprzęt i aparatura medyczna:

pkt

3. pomieszczenia w których realizowany będzie Program

pkt

4. Dostępność do świadczeń objętych Programem:

pkt

5. Dodatkowe punkty możliwe do zdobycia przez oferenta:

pkt

Łącznie:

pkt

Kryteria dodatkowe - stosowane w przypadkach, gdy więcej niż jeden oferent uzyska tę samą liczbę punktów:

1. Cena brutto Etapu I

.....zł

2. Cena brutto Etapu II

.....

3. Proponowana kwota należności proponowana w 2013 r. na realizację zamówienia (łącznie wartość programu)

.....

*(uwagi Komisji Konkursowej)***Decyzja Komisji Konkursowej:**

Oferta przyjęta / nie przyjęta do realizacji: TAK / NIE

(wskazanie powodów przyjęcia / nie przyjęcia oferty)

Kwota przyznana na realizację Programu:

w roku 2013.....zł brutto

Data oceny:

Podpis:

1. Michał Marszałek

2. Jadwiga Starnawska – Kasprzyk

3. Maria Piętał - Frączek

4. Karolina Kaczor

5. Justyna Halberda-Wilk