

+

<b>Udzielający zamówienia:</b> Urząd Miasta Krakowa Biuro ds. Ochrony Zdrowia al. Powstania Warszawskiego 10, pokój Nr 411 tel. (012) 616-94-90 fax (012) 616-94-86	<b>Program Nr 2</b>
---	---------------------

**Formularz ofertowy**  
**Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej pn.: „Program profilaktyczny dla dzieci i młodzieży szkolnej. Alergia na środowiskowe alergeny naturalne i substancje chemiczne” Etap II.**

*(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) Pozytywną opinię Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzającą, 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 miejsca, w którym 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 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 i tytuły naukowe (dokładne wskazanie, w jakiej dziedzinie szczególowej medycyny)	Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie podmiotu finansującego program)
1.			
2.			
3.			
4.			

5.				
Spełnianie przez oferenta warunku dopuszczenia oferty:			Spełnia/nie spełnia (tak/nie)	.....
Ilość punktów możliwych do uzyskania:	od 0 do 4 pkt.		Ilość punktów przyznanych przez Komisję	..... pkt

## 2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program:

Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu:	Gabinet/gabinety lekarskie i zabiegowe		.....(tak/nie) liczba gabinetów lekarskich.....	
	Gabinet/gabinety lekarskie i zabiegowe posiadające pozytywną opinię Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzającą, 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)		.....(tak/nie)	
	Gabinet zabiegowy jest równy lub przekracza 6 m2		.....(tak/nie)	
	Pracownia spirometryczna		.....(tak/nie)	
Ilość punktów możliwych do uzyskania:	zabezpieczenie OIOM		.....(tak/nie)	
	od 0 do 3 pkt.		Ilość punktów przyznanych przez Komisję	..... pkt

## 3. Wyposażenie w wyroby medyczne - sprzęt i aparatura medyczna:

Wyroby medyczne niezbędne do realizacji Programu:	oferent posiada podstawowo wyposażony gabinet zabiegowy, w tym zestaw reanimacyjny, zestaw do nebulizacji, tlen, podstawowy zestaw diagnostyczny alergenów do testów punktowych i płatkowych		.....(tak/nie)	
	oferent posiada wyposażenie jak w standardzie podstawowym oraz posiada rozszerzony zestaw do testów punktowych i płatkowych; spirometr testowany codziennie; aparat do EKG		.....(tak/nie)	
	Oferent posiada wyposażenie w standardzie ponadpodstawowym oraz posiada pełny zestaw do testów punktowych i płatkowych umożliwiający testowanie indywidualne; aparatura do oznaczania obecności IgE dla mieszaniny alergenów pokarmowych (Unicap 100)		.....(tak/nie)	
Ilość punktów możliwych do uzyskania:	od 0 do 3 pkt.		Ilość 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. (12) .....	
	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 rezerwa oczekujących na udział w Programie		.....(tak/nie)	
Ilość punktów możliwych do uzyskania:	od 0 do 3 pkt.		Ilość 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 lub Nie)		.....(tak/nie)	
--	---	--	----------------	--

Posiadanie aktualnej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia w zakresie objętym Programem:	(należy wpisać: Tak lub Nie)		.....(tak/nie)
Posiadanie, co najmniej jednego certyfikatu jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych:	Ofereant informuje, czy posiada, co najmniej jeden certyfikat jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych (Należy wpisać: Tak lub Nie)		.....(tak/nie)
Realizacja umowy z Urzędem Miasta Krakowa:	Ofereant informuje, że realizował w 2012 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 możliwych do uzyskania	od 0 do 4 pkt.	Ilość punktów przyznanych przez Komisję	.....pkt.

**Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:** ..... pkt.

### Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:

Proponowane ceny świadczeń zdrowotnych objętych Programem:	Cena brutto pierwszej konsultacji alergologicznej obejmującej badanie lekarskie wraz z wywiadem uzupełniającym dane ankietowe i kwalifikującej do badań diagnostycznych	.....zł. brutto
	Cena brutto diagnostycznych badań alergologicznych - testy prick alergeny wziewne według wywiadu lekarskiego	.....zł. brutto
	Cena brutto diagnostycznych badań alergologicznych - testy mieszanina alergenów pokarmowych	.....zł. brutto
	Cena brutto naskórkowych testów płatkowych Polską Serią Podstawową	.....zł. brutto
	Cena brutto badania spirometrycznego (w uzasadnionych przypadkach)	.....zł. brutto
	Cena brutto drugiej konsultacji alergologicznej obejmującej analizę wyników badań wraz z zaleceniami oraz wypełnieniem karty alergii ucznia w przypadku potwierdzenia choroby alergicznej.	.....zł. brutto
Kwota należności proponowana w 2013.r. na realizację zamówienia (łączna roczna wartość programu)	.....zł. brutto	

*Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. 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 (pacjentom), które są finansowane z innych środków publicznych, w szczególności przez Narodowego Funduszu Zdrowia.*

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

### Ocena oferty przez Komisję Konkursową (wypełnia Komisja):

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

Przyczyna odrzucenia oferty:

### Kryteria oceny

1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do realizacji Programu	spełnia/nie spełnia warunku koniecznego
--	---

	pkt
2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie program	pkt
3. Wyposażenie w wyroby medyczne - sprzęt i aparatura	pkt
4. Dostępność do świadczeń objętych Programem	pkt
5. Dodatkowe punkty możliwe do zdobycia przez oferenta	pkt
<b>Łącznie</b>	<b>pkt</b>

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

<b>1. Cena jednostkowego świadczenia medycznego (badania jednego pacjenta) wg kosztów poszczególnych badań.</b>	Cena brutto pierwszej konsultacji alergologicznej obejmującej badanie lekarskie wraz z wywiadem uzupełniającym dane ankietowe i kwalifikującą do badań diagnostycznych	.....zł. brutto
	Cena brutto diagnostycznych badań alergologicznych - testy prick alergeny wziewne według wywiadu lekarskiego	.....zł. brutto
	Cena brutto diagnostycznych badań alergologicznych - testy mieszanina alergenów pokarmowych	.....zł. brutto
	Cena brutto naskórkowych testów płatkowych Polską Serią Podstawową	.....zł. brutto
	Cena brutto badania spirometrycznego (w uzasadnionych przypadkach)	.....zł. brutto
	Cena brutto drugiej konsultacji alergologicznej obejmującej analizę wyników badań wraz z zaleceniami oraz wypełnieniem karty alergii ucznia w przypadku potwierdzenia choroby alergicznej	.....zł. brutto
<b>2. Dokładne wskazanie ilości i kwalifikacji zawodowych personelu realizującego Program.</b>		.....
<b>3. Proponowany czas realizacji Programu (godziny przyjęć pacjentów)</b>		.....

*(Uwagi Komisji Konkursowej)*

**Decyzja Komisji Konkursowej:**

**Oferta nie przyjęta do realizacji: TAK/NIE**

(wskazanie powodów przyjęcia/nie przyjęcia oferty)

<b>Kwota przyznana na realizację Programu:</b>	<b>w roku. 2013.....zł brutto</b> <b>w roku 2014 .....zł brutto</b> <b>w roku 2015 .....zł brutto</b>
--	---

<b>Data oceny:</b>	<b>Podpis</b>
<b>1. Michał Marszałek</b>	
<b>2. Jadwiga Starnawska – Kasprzyk</b>	
<b>3. Maria Piętał - Frączek</b>	
<b>4. Karolina Kaczor</b>	
<b>5. Justyna Halberda Wilk</b>	