

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

DZIELNICA

Formularz ofertowy
Program profilaktyki próchnicy u dzieci niepełnosprawnych z Dzielniczy

Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia)

(pieczęć oferenta)

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	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
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) Listy intencyjne od dyrektorów placówek oświatowych.**

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) dokumenty potwierdzające nazwę i wiek oraz dopuszczenie do użytku aparatury i sprzętu medycznego (jeśli są wymagane);
- 7) oświadczenie o sposobie rozliczenia (rachunek/fakturaVAT);
- 8) polisę odpowiedzialności cywilnej oferenta;
- 9) oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych i przyjęciu ich bez zastrzeżeń;
- 10) oświadczenie o nie zaleganiu z należnościami względem ZUS, urzędu skarbowego i Gminy Miejskiej Kraków;
- 11) 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)
- 12) certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) – jeśli oferent posiada.

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 (dokładne wskazanie)		
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Ilość punktów możliwych do uzyskania:	od 0 do 3 pkt.		Ilość punktów przyznanych przez Komisję	.....pkt

2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program

Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu	Gabinet/gabinety dentystyczne, w których realizowany będzie Program posiadają, co najmniej 12 m ² każdy w przypadku jednego fotela, a w przypadku dodatkowych foteli co najmniej 8 m ² na każdy następny fotel	.....(tak/nie)		
	Gabinet/gabinety dentystyczne, w których realizowany będzie Program posiadają powyżej 12 m ² każdy w przypadku jednego fotela, a w przypadku dodatkowych foteli powyżej 8 m ² na każdy następny fotel	.....(tak/nie)		
	Wpisać wiek wyrobów medycznych (unit stomatologiczny, lampa polimeryzacyjna, autoklaw) na którym realizowane będą świadczenia – starsze niż 10 lat/ nie starsze niż 10 lat / nie starsze niż 5 lat (data produkcji)	..... rok		
Ilość punktów możliwych do uzyskania	od 0 do 3 pkt.		Ilość punktów przyznanych przez Komisję	.....pkt

3. Wstępne uzgodnienia realizującego program

Wstępne uzgodnienia	Listy intencyjne od dyrektorów placówek oświatowych	.....(tak/nie)		
Ilość punktów możliwych do uzyskania	od 0 do 1 pkt		Ilość punktów przyznanych przez Komisję	.....

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 czy prowadzona będzie tzw. lista rezerwowa 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 w dniu składania oferty 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 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 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)
Doświadczenie w prowadzeniu programów	Posiadane doświadczenie w realizacji, programów zdrowotnych po 2007 r. (imię i nazwisko lekarza, nazwa, czas i wskazanie zlecającego program)	<p>I. imię i nazwisko</p> <p>II. nazwa programów</p> <p>III. czas realizacji programów</p> <p>IV. zlecający programy</p>	
Pomieszczenie podmiotu leczniczego/pomieszczenia podmiotu leczniczego, w których będzie realizowany Program znajduje się/znajdują się na terenie Dzielnicy Miasta Krakowa, dla której został ogłoszony konkurs w ramach zadań uznanych przez Dzielnice za priorytetowe z zakresu ochrony zdrowia		Adres.....	
Ilość punktów możliwych do uzyskania	od 0 do 15 pkt	Ilość punktów przyznanych przez Komisjępkt.
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:	 pkt.	

Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:

Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	Cena brutto pierwszej wizyty lekarskiej jednego pacjenta w trakcie, której wykonane zostaną: badanie stomatologiczne, ocena stanu uzębienia, usunięcie płytki nazębnej bakteryjnej, lakierowanie zębów, przygotowana zostanie informacja dla rodziców, nauka szczotkowania zębów.	.....zł. brutto
	Cena brutto drugiej wizyty lekarskiej wraz z lakierowaniem zębów stałych	.....zł. brutto
	Cena brutto lakowania jednego zęba	.....zł. brutto
	Kwota należności proponowana w 2014 r. na realizację zamówienia (łącznie roczna wartość programu)	.....zł brutto

Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanych Przyjmującego zamówienie środków finansowych, możliwe będzie przesuwanie tych środków pomiędzy poszczególnymi etapami Programu.

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	pkt
2. Pomieszczenia w których realizowany będzie program	pkt
3. Wstępne uzgodnienia	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 jednostkowego świadczenia medycznego (badania jednego pacjenta) wg kosztów poszczególnych badań.	<u>Cena brutto pierwszej wizyty lekarskiej</u> jednego pacjenta w trakcie, której wykonane zostaną: badanie stomatologiczne, ocena stanu uzębienia, usunięcie płytki nazębnej bakteryjnej, lakierowanie zębów, przygotowana zostanie informacja dla rodziców, nauka szczotkowania zębów.	.....zł. brutto
	Cena brutto <u>drugiej wizyty lekarskiej</u> wraz z lakierowaniem zębów stałych	.....zł. brutto
	Cena brutto lakowania <u>jednego zęba</u>	.....zł. brutto
	Kwota należności <u>proponowana w 2014 r. na realizację zamówienia (łączna roczna wartość programu)</u>	.....zł. brutto
2. Dokładne wskazanie ilości i kwalifikacji zawodowych personelu realizującego Program.		.....
3. Proponowany czas realizacji Programu (godziny przyjęć pacjentów)		.....

(Uwagi Komisji Konkursowej)

Decyzja Komisji Konkursowej:

Oferta nie przyjęta do realizacji: TAK/NIE

(wskazanie powodów przyjęcia/nie przyjęcia oferty)

Kwota przyznana na realizację Programu:

.....zł brutto

Data oceny:

Podpis

1. Michał Marszałek

**2. Jadwiga Starnawska -
Kasprzyk**

3. Maria Piętak - Frączek

4. Karolina Kaczor

5. Justyna Halberda -Wilk