

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Biuro ds. Ochrony Zdrowia al. Powstania Warszawskiego 10, pokój Nr 411 tel. (012) 616-94-92 fax (012) 616-94-86	DZIELNICA.....
---	-----------------------

Formularz ofertowy
Program profilaktyki zakażeń meningokokowych dla dzieci w wieku od 12 do 24
miesiący z Dzielnicy

<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	<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, w tym kwalifikacje pielęgniarki, zgodnie z paragrafem 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. (Dz. U. Nr 182, poz. 1086) w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych

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), ponadto

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;

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 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 (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 – 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.....				
Wskazać adres pomieszczenia/pomieszczeń podmiotu leczniczego na terenie, którego będzie realizowany Program.....				
.....				
.....				
Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu:	Gabinet/gabinety lekarskie i przygotowawczo-zabiegowe lub zabiegowe	.....(tak/nie)		
	Gabinety lekarskie (co najmniej 3 gabinety) i przygotowawczo-zabiegowe lub zabiegowe o powierzchni większej niż 6 m2	.....(tak/nie)		
	Punkt szczepień działający 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 - wpisać tak lub nie oraz wskazać nr telefonu	.....(tak/nie) tel.).....		
	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 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 (wymagany nr stacjonarny).	Oferent deklaruje, że w przypadku przyjęcia oferty w terminie do dnia zawarcia umowy uruchomi odrębną linię telefoniczną- telefon stacjonarny (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)
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 4 pkt):		..... pkt.
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:		..... pkt
Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:		
Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	Cena brutto jednej dawki szczepionki przeciwko meningokokom	.....zł. brutto
	Cena brutto wykonania usługi medycznej (kwalifikacja lekarska)	.....zł. brutto
	Cena brutto kosztów administracyjnych	.....zł. brutto
	Kwota należności proponowana na 2014 r. na realizację zamówienia (łączna roczna wartość Programu)	.....zł brutto
<p><i>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 w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego:</i></p>		
<p><i>(data, podpis i pieczęć oferenta lub osób/osób upoważnionej / upoważnionych do jego reprezentacji)</i></p>		

Ocena oferty przez Komisję Konkursową (wypełnia Komisja):

Oferta przyjęta 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. Dostępność do świadczeń objętych Programem:	pkt
4. Dodatkowe punkty możliwe do zdobycia przez oferenta:	pkt
Łącznie:	pkt

(Uwagi Komisji Konkursowej)

Decyzja Komisji Konkursowej:

Oferta przyjęta do realizacji: TAK/NIE

(wskazanie powodów przyjęcia/nie przyjęcia oferty)

Kwota przyznana na realizację Programu: w roku 2014.....zł brutto

Data oceny:

Podpis:

1. Michał Marszałek

2. Jadwiga Starnawska – Kasprzyk

3. Maria Piętak - Frączek

4. Karolina Kaczor

5. Justyna Halberda-Wilk