

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

**Formularz ofertowy**

**Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci w wieku 0-3 lat,  
zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków, uczęszczających do żłóbków i przedszkoli z  
Dzielnicy.....**

<i>(pieczęć oferenta)</i>	<b>Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia):</b>
---------------------------	--

**I. Dane oferenta**

<b>Nazwa oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestr)</b>		
<b>Organ dokonujący wpisu</b>		
<b>Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej</b>		
<b>Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</b>		
<b>Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji (zgodnie z wypisem z właściwego rejestr)</b>		
<b>Nr NIP oferenta</b>		
<b>Nr REGON oferenta</b>		
<b>Telefon kontaktowy</b>	<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)
<b>Lekarze</b>				
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)
	Punk 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)
<i>Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 4 pkt):</i>		..... pkt.
<b>Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:</b>		..... pkt
<b>Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:</b>		
Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	Cena brutto jednej dawki szczepionki przeciwko pneumokokom	.....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
<b>Łącznie:</b>	<b>pkt</b>

(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