

| | |
|--|---------------------|
| Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Biuro ds. Ochrony Zdrowia al. Powstania Warszawskiego 10, pokój Nr 411 tel. (12) 616-94-92 fax (12) 616-94-86 | Program Nr 1 |
|--|---------------------|

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016-2018”
Formularz ofertowy
Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy.

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

I. Dane oferenta

| | | |
|--|----------------------|--------------------|
| Nazwa oferenta <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i> | | |
| Organ dokonujący wpisu | | |
| Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej | | |
| Adres siedziby oferenta <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i> | | |
| Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i> | | |
| Nr NIP oferenta | | |
| Nr REGON oferenta | | |
| Telefon kontaktowy/fax do osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta | <i>(stacjonarny)</i> | <i>(komórkowy)</i> |
| Telefon kontaktowy/fax do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty | <i>(stacjonarny)</i> | <i>(komórkowy)</i> |
| 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.
3. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej;
4. aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
5. statut (jeśli oferent posiada);
6. zaświadczenie o nr NIP;
7. zaświadczenie o nr REGON;
8. oświadczenie o sposobie rozliczenia (podmiot jest / nie jest podatnikiem podatku VAT);
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. oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
12. oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
13. certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) – jeśli oferent posiada;
14. 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 osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa cywilnoprawna) | Posiadane specjalizacje lub kursy kwalifikacyjne (dokładne wskazanie) | Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie) | Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program) |
|---------------------------------|--|---|---|--|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

| | | | | |
|---|---|--------------------------------|--|-----------|
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt) | | | |pkt |
| 2. Pomieszczenia i wyroby medyczne (dotyczy pomieszczeń, w których realizowany będzie Program): | | | | |
| Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu: | Gabinet/gabinety lekarskie i przygotowawczo-zabiegowy lub gabinet zabiegowy dopuszczone przez Państwową Inspekcję Sanitarną |(tak/nie) | | |
| | Gabinet/gabinety lekarskie i przygotowawczo-zabiegowy lub gabinet zabiegowy dopuszczone przez Państwową Inspekcję Sanitarną i dodatkowo gabinet do pobierania prób do analiz co najmniej 6 m2 |(tak/nie) | | |
| Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 2 pkt) | | | |pkt |
| 3. 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 w każdą sobotę (i przez ile godzin) |(tak/nie)godziny | | |
| | 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 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 „POZ”. | (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 2015 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:

| | | |
|---|--|----------------|
| | Cena brutto objęcia I etapem (a) jednego pacjenta uczestniczącego po raz pierwszy w Programie (zgodnie z opisem Programu) |zł brutto |
| | Zakładana liczba pacjentów |pacjentów |
| | Cena brutto objęcia I etapem (b) jednego pacjenta uczestniczącego już w Programie w latach 2004-2015 (zgodnie z opisem Programu) |zł brutto |
| | Zakładana liczba pacjentów |pacjentów |
| | Cena brutto objęcia częścią 1 II etapu – indywidualne szkolenie dotyczące zdrowego stylu życia jednego pacjenta (zgodnie z opisem Programu) |zł brutto |
| | Zakładana liczba pacjentów w części 1 II etapu |pacjentów |
| | Cena brutto jednej sesji szkoleniowej dla grupy min. 10 a max 14 osób - część 2 II etapu dla pacjenta uczestniczącego w Programie w latach 2004-2015 (zgodnie z opisem Programu) |zł brutto |
| | Zakładana liczba sesji w części 2 II etapu |sesji |
| | Cena brutto objęcia częścią 1 III etapu jednego pacjenta (zgodnie z opisem Programu) |zł brutto |
| | Zakładana liczba pacjentów w części 1 III etapu |pacjentów |
| | Cena brutto objęcia częścią 2 III etapu jednego pacjenta (zgodnie z opisem Programu) |zł brutto |
| | Zakładana liczba pacjentów w części 2 III etapu |pacjentów |
| Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem: | Proponowana kwota roczna należności za realizację zamówienia |zł brutto |

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

Oświadczenia:

- 1) Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- 2) Oświadczam, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, oferent, którego reprezentuję nie będzie wykazywał świadczeń medycznych objętych Programem, finansowanych z budżetu Miasta Krakowa, udzielonych uczestnikom Programu (pacjentom), które są finansowane z innych środków publicznych, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
- 3) Oświadczam, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty wskazany w ofercie personel medyczny do realizacji Programu, finansowanego z budżetu Miasta Krakowa będzie wykonywał Program poza harmonogramem pracy, wynikającym z umowy finansowanej z innych środków publicznych, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

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

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 i wyroby medyczne (w gabinetach, w których realizowany będzie Program): | pkt |
| 3. Dostępność do świadczeń objętych Programem: | pkt |
| 4. 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 usługi (badania jednego pacjenta) w odpowiednich etapach I, II (część 1 i 2) i III (część 1 i 2) Programu: | I (a) zł I (b) zł II część 1 zł II część 2 zł III część 1 zł III część 2 zł |
| 2. Dokładne wskazanie ilości i kwalifikacji zawodowych personelu realizującego Program: | |
| 3. Proponowany czas realizacji Programu (godziny przyjęć pacjentów): | |
| <i>(Uwagi Komisji Konkursowej)</i> | |
| Decyzja Komisji Konkursowej: | |
| Oferta przyjęta do realizacji: TAK/NIE | |
| <i>(wskazanie powodów przyjęcia/nie przyjęcia oferty)</i> | |
| Kwota przyznana na realizację Programu: | w roku 2016.....zł brutto w roku 2017 zł brutto w roku 2018zł brutto |
| Data oceny: | Podpis: |
| 1. Michał Marszałek | |
| 2. Jadwiga Starnawska -Kasprzyk | |
| 3. Maria Piętał-Frączek | |
| 4. Paulina Kulińska | |
| 5. Krystyna Teresa Włosik | |