

+

| | |
|--|---------------------|
| 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 | Program Nr 2 |
|--|---------------------|

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016-2018”

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 <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 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 szczegółowej 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 | |(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: | Oferent informuje, czy posiada, co najmniej jeden certyfikat jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych (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 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 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 |
| | Proponowana kwota roczna należności za realizację zamówienia |zł. brutto |

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

w roku 2016.....zł brutto
w roku 2017 zł brutto
w roku 2018 zł brutto

| Data oceny: | Podpis |
|----------------------------------|--------|
| 1. Michał Marszałek | |
| 2. Jadwiga Starnawska – Kasprzyk | |
| 3. Maria Piętaś - Frączek | |
| 4. Paulina Kulińska | |
| 5. Krystyna Teresa Włosik | |