

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 4
--	---------------------

Miejski Program Ochrony Zdrowia "Zdrowy Kraków 2016-2018"
Formularz ofertowy
Program profilaktyki następstw dysplazji stawów biodrowych

<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 (data) osoba udziela świadczeń medycznych, jakich świadczeń medycznych (związanych z wymaganiami konkursu) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa)	Doświadczenie w zagadnieniach ortopedii dziecięcej w tym w: diagnostyce i leczeniu stawów biodrowych – gdzie nabyte i ile lat, Doświadczenie w diagnostyce USG narządu ruchu – gdzie nabyte i ile lat	Posiadane specjalizacje lub kursy kwalifikacyjne (dokładne wskazanie), w tym „PTU”	Publikacje naukowe
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
Liczba punktów możliwych do uzyskania	Od 0 do 22 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję	.....pkt	

2. Wymagane wyposażenie w wyroby medyczne - sprzęt i aparatura medyczna, warunkujące dalszą ocenę oferty

Aparatura USG posiada aktualne świadectwa techniczne, atesty, certyfikaty, wyposażona w głowicę liniową 5-12 MHz oraz oprogramowanie umożliwiające pomiary kątowe niezbędne do oceny ultrasonograficznej stawów biodrowych metodą Graffa(tak/nie)
--	----------------

UWAGI:

3. Pomieszczenia, w których realizowany będzie program

Oddzielna poczekalnia dla rodziców z dziećmi w bezpośrednim sąsiedztwie gabinetu	.....(tak / nie)	
Przewijalnia/przebieralnia dla dzieci	.....(tak / nie)	
Miejsce do przechowywania wózków dziecięcych na czas badania (wózkowania)	.....(tak / nie)	
Liczba punktów możliwych do uzyskania	Od 0 do 6 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisjępkt

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 ile dni w tygodniu Program będzie realizowany nie krócej niż do godz.18.00	..... dni
	Należy wpisać, czy Program będzie realizowany również minimum w dwie soboty w miesiącu	.....(tak / nie)
	Należy wpisać, czy prowadzona będzie lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie	..... (tak / nie)
Liczba punktów możliwych do uzyskania	od 0 do 3 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisjępkt

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 / nie)
Posiadanie aktualnej w dniu składania oferty umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia w zakresie objętym Programem	(należy wpisać)	.....(tak / nie)
Posiadanie, co najmniej jednego certyfikatu jakości udzielanych świadczeń medycznych	Oferent informuje, czy posiada co najmniej jeden certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych	.....(tak / nie)
Realizacja umowy z Urzędem Miasta Krakowa	Oferent informuje, że realizował w roku 2015 (w zakresie objętym programem) co najmniej jedną umowę zawartą z UMK i zrealizował ją na poziomie co najmniej 90% (należy wpisać)	.....(tak / nie)
Liczba punktów możliwych do uzyskania	od 0 do 4 pkt	Liczba punktów przyznanych przez Komisję pkt

Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję: pkt

Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:

Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	<p>Cena brutto objęcia <u>jednego dziecka następującymi</u> badaniami:</p> <p>ETAP I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>przesiewowe badanie kliniczne stawów biodrowych przez wykwalifikowanego specjalistę zajmującego się zagadnieniami ortopedii dziecięcej, w tym diagnostyki i leczenia dysplazji stawów biodrowych;</i> 2) <i>badanie ultrasonograficzne (USG) stawów biodrowych tzw. metodą Grafa, przez wykwalifikowanego ultrasonografistę, doświadczonego w wykonywaniu tego typu badań;</i> 3) <i>wykonanie pisemnej dokumentacji badania wraz z dalszymi zaleceniami;</i> 4) <i>przekazanie opiekunom pisemnej i ustnej informacji na temat istoty dysplazji stawów biodrowych, prawidłowej pielęgnacji niemowlęcia oraz ewentualnej konieczności kontroli lub podjęcia leczenia dysplazji (zgodnie z obowiązującymi standardami dotyczącymi wskazań do kontrolnej oceny bioder, lub podjęcia terapii) wraz z informacją dotyczącą poradni ortopedii dziecięcej oraz poradni preluksacyjnych na terenie Miasta Krakowa(działających w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego).</i>	.....zł brutto
	<p>ETAP II:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>badanie kliniczne stawów biodrowych przez kwalifikowanego specjalistę zajmującego się zagadnieniami ortopedii dziecięcej, w tym diagnostyki i leczenia dysplazji stawów biodrowych oraz kontrolne badanie ultrasonograficzne (USG) stawów biodrowych tzw. metodą Grafa przez wykwalifikowanego ultrasonografistę, doświadczonego w wykonywaniu tego typu badań(badanie będzie wykonane w terminie zgodnym z zaleceniami medycznymi);</i> 2) <i>wykonanie pisemnej dokumentacji badania wraz z dalszymi zaleceniami.</i>	..... zł brutto
	<p>Kwota należności proponowana <u>za roczną</u> realizację zamówienia (łącznie roczna wartość programu)</p>	.....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 / nie przyjęta pod względem spełniania wymagań formalnych (Tak / Nie)

Przyczyna / przyczyny odrzucenia oferty:	
Kryteria oceny	
I. Wymagane wyposażenie w wyroby medyczne - sprzęt i aparatura medyczna, warunkujące dalszą ocenę oferty	TAK/NIE
II. Pozostałe kryteria:	
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
Kryteria dodatkowe - stosowane w przypadkach, gdy więcej niż jeden oferent uzyska tę samą liczbę punktów:	
1. Cena brutto Etapu I	.....zł
2. Cena brutto Etapu II	.....zł
3. Proponowana kwota należności proponowana <u>za roczną</u> realizację zamówienia (łącznie roczna wartość programu)	.....
<i>(uwagi Komisji Konkursowej)</i>	
Decyzja Komisji Konkursowej:	
Oferta przyjęta / nie 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 2018 .....zł brutto
Data oceny:	Podpis:
1. Michał Marszałek	
2. Jadwiga Starnawska – Kasprzyk	
3. Maria Piętak - Frączek	
4. Paulina Kulińska	
5. Krystyna Teresa Włosik	