

| | |
|---|---------------------|
| 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 5 |
|---|---------------------|

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016-2018”
Formularz ofertowy
Program profilaktyki próchnicy u dzieci

| | |
|---------------------------|--|
| <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 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 (dokładne wskazanie) |
|---------------------------------|---|--|
| 1. | | |

| | | |
|----|--|--|
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |

| | | | | |
|---------------------------------------|----------------|--|---|----------|
| Ilość punktów możliwych do uzyskania: | od 0 do 3 pkt. | | Ilość punktów przyznanych przez Komisję |pkt |
|---------------------------------------|----------------|--|---|----------|

2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program

| | | | | |
|--|---|----------------|---|----------|
| Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu | Gabinet/gabinety dentystyczne, w których realizowany będzie Program posiadają, co najmniej 12 m2 każdy w przypadku jednego fotela, a w przypadku dodatkowych foteli co najmniej 8 m2 na każdy następny fotel |(tak/nie) | | |
| | Gabinet/gabinety dentystyczne, w których realizowany będzie Program posiadają powyżej 12 m2 każdy w przypadku jednego fotela, a w przypadku dodatkowych foteli powyżej 8 m2 na każdy następny fotel |(tak/nie) | | |
| | Wpisać wiek wyrobów medycznych (unit stomatologiczny, lampa polimeryzacyjna, autoklaw) na którym realizowane będą świadczenia – starsze niż 10 lat/ nie starsze niż 10 lat / nie starsze niż 5 lat (data produkcji) | rok | | |
| Ilość punktów możliwych do uzyskania | od 0 do 3 pkt. | | Ilość punktów przyznanych przez Komisję |pkt |

3. Wstępne uzgodnienia realizującego program

| | | | | |
|--------------------------------------|---|----------------|---|-------|
| Wstępne uzgodnienia | Listy intencyjne od dyrektorów placówek (szkół) |(tak/nie) | | |
| Ilość punktów możliwych do uzyskania | od 0 do 1 pkt | | Ilość punktów przyznanych przez Komisję | |

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 czy prowadzona będzie tzw. lista rezerwowa 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 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 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) | |
| Doświadczenie w prowadzeniu programów | Posiadane doświadczenie w realizacji, programów zdrowotnych po 2007 r. (imię i nazwisko lekarza, nazwa, czas i wskazanie zlecającego program) | I. imię i nazwisko II. nazwa programów III. czas realizacji programów IV. zlecający programy | |
| Ilość punktów możliwych do uzyskania | od 0 do 5 pkt | Ilość punktów przyznanych przez Komisję |pkt. |
| Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję: | | pkt. | |
| Proponowana cena poszczególnych etapów Programu: | | | |
| Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem: | <u>Cena brutto pierwszej wizyty lekarskiej</u> jednego pacjenta w trakcie, której wykonane zostaną: badanie stomatologiczne, ocena stanu uzębienia, usunięcie płytki nazębnej bakteryjnej, lakierowanie zębów, przygotowana zostanie informacja dla rodziców, nauka szczotkowania zębów. |zł. brutto | |
| | Cena brutto <u>drugiej wizyty lekarskiej</u> wraz z lakierowaniem zębów stałych |zł. brutto | |
| | Cena brutto <u>lakowania jednego zęba</u> |zł. brutto | |
| | Kwota należności _na realizację zamówienia (łączna roczna wartość programu) |zł brutto | |
| <i>Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanych Przyjmującego zamówienie środków finansowych, możliwe będzie przesuwanie tych środków pomiędzy poszczególnymi etapami Programu.</i> | | | |

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

| | |
|--|------------|
| 1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do realizacji Programu | pkt |
| 2. Pomieszczenia w których realizowany będzie program | pkt |
| 3. Wstępne uzgodnienia | 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. | <u>Cena brutto pierwszej wizyty lekarskiej</u> jednego pacjenta w trakcie, której wykonane zostaną: badanie stomatologiczne, ocena stanu uzębienia, usunięcie płytki nazębnej bakteryjnej, lakierowanie zębów, przygotowana zostanie informacja dla rodziców, nauka szczotkowania zębów. |zł. brutto |
| | Cena brutto <u>drugiej wizyty lekarskiej</u> wraz z lakierowaniem zębów stałych |zł brutto |
| | Cena brutto lakowania <u>jednego zęba</u> |zł. brutto |
| | Kwota należności na realizację zamówienia (<u>łącznie roczna wartość programu</u>) |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 2018zł brutto

Data oceny:

Podpis

1. Michał Marszałek

**2. Jadwiga Starnawska -
Kasprzyk**

3. Maria Piętak - Frączek

4. Paulina Kulińska

**5. Krystyna Teresa
Włosik**