

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 7
--	---------------------

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016-2018”

Formularz ofertowy

Program zdrowotny

w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia w populacji mieszkańców województwa małopolskiego

<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. zgodę komisji bioetycznej na prowadzenie programu badawczego interwencji prewencyjnej u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca lub czynnikami ryzyka chorób sercowo- naczyniowych.
2. udokumentowane doświadczenie w kształceniu z zakresu prewencji chorób układu krążenia kadr medycznych oraz pacjentów (listy prowadzonych szkoleń dla kadr medycznych wraz z programami oraz listy prowadzonych szkoleń dla pacjentów wraz z programami)
3. oświadczenie dotyczące posiadanych publikacji w czasopiśmie posiadającym lub nieposiadającym impact factor w zakresie prewencji chorób układu krążenia
4. dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu medycznego realizującego Program;
5. pozytywną opinię Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzającą, że pomieszczenia, w których realizowany będzie Program są dopuszczone pod względem sanitarnym.
6. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej;
7. aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
8. statut (jeśli oferent posiada);
9. zaświadczenie o nr NIP;
10. zaświadczenie o nr REGON;
11. oświadczenie o sposobie rozliczenia (podmiot jest / nie jest podatnikiem podatku VAT);
12. oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz dokumentów konkursowych i przyjęciu ich bez zastrzeżeń;
13. oświadczenie o nie zaleganiu z należnościami względem ZUS, urzędu skarbowego i Gminy Miejskiej Kraków;
14. oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
15. 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;
16. certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) – jeśli oferent posiada;
17. 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:

1.A. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Stopień naukowy, specjalizacja II stopnia z kardiologii
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 10 pkt)pkt
--	----------

1.B doświadczenie w kształceniu z zakresu prewencji chorób układu krążenia kadr medycznych oraz pacjentów

1.1.B. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Udokumentowane doświadczenie w kształceniu z zakresu prewencji chorób układu krążenia kadr medycznych oraz pacjentów.
1.	
2.	
3.	
1.2.B. Proszę wymienić listy prowadzonych szkoleń dla kadr medycznych wraz z programami:	
1.	
2.	
3.	
1.3.B. Proszę wymienić listy prowadzonych szkoleń dla pacjentów wraz z programami:	
1.	
2.	
3.	

Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 12 pkt)pkt
--	----------

1.C Kwalifikacje personelu w zakresie posiadanego dorobku dotyczącego prewencji chorób układu krążenia:

1.1 C Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Wskazanie publikacji w czasopiśmie posiadającym lub nieposiadającym impact factor w zakresie prewencji chorób układu krążenia
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 15 pkt)		.....pkt
1.D Materiały szkoleniowe		
Posiadanie opracowanych materiałów szkoleniowych w następujących tematach, zgodnie z obowiązującymi w Polsce wytycznymi:	Nadciśnienie tętnicze	.....(tak/nie)
	Hipercholesterolemia	.....(tak/nie)
	Cukrzyca	.....(tak/nie)
	Palenie papierosów	.....(tak/nie)
	Nadwaga i otyłość	.....(tak/nie)
	Mała aktywność fizyczna	.....(tak/nie)
	Nieprawidłowe odżywianie	.....(tak/nie)
	Psychospołeczne czynniki ryzyka	.....(tak/nie)
	Przyspieszona częstotliwość rytmu serca	.....(tak/nie)
	Grypa	.....(tak/nie)
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 5 pkt)		.....pkt
2. Zaplecze do prowadzenia szkoleń lekarzy, pielęgniarek, dietetyków i rehabilitantów :		
Zaplecze do prowadzenia szkoleń:	Sala dydaktyczna na co najmniej 30 osób	.....(tak/nie)
	Sprzęt audiowizualny	.....(tak/nie).....
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)		.....pkt
3. Szkolenie pacjentów hospitalizowanych z powodu zawału serca oraz pacjentów przyjmowanych w trybie ambulatoryjnym:		
Szkolenie:	Ośrodek posiadający oddział kardiologiczny	.....(tak/nie)
	Ośrodek posiadający poradnię kardiologiczną lub podstawowej opieki zdrowotnej	.....(tak/nie)
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)		.....pkt
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:		..... pkt
Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:		
Koszty:	Koszty interwencji ogólnopopulacyjnej: Koordynowanie Programu	.....zł brutto
	Koszty interwencji ogólnopopulacyjnej : Prowadzenie szkoleń nauczycieli prewencji	.....zł brutto
	Koszty interwencji ogólnopopulacyjnej: Przygotowanie materiałów dydaktycznych i promocyjnych	.....zł brutto
	Koszty prewencji pierwotnej i wtórnej oraz działalności jednostek obwodowych: Koordynowanie prac	.....zł brutto

	Koszty prewencji pierwotnej i wtórnej oraz działalności jednostek obwodowych: Prowadzenie szkoleń	.....zł brutto
	Koszty prewencji pierwotnej i wtórnej oraz działalności jednostek obwodowych: Badania przesiewowe	.....zł brutto
	Kwota należności proponowana na realizację zamówienia (łącznie roczna wartość Programu)	Łączna roczna wartość Programu..... 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, a 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:	
-------------------------------------	--

Decyzja Komisji Konkursowej:

Oferta przyjęta do realizacji: TAK/NIE

--	--

Kwota przyznana na realizację Programu:

--	--

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