

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	<b>Program Nr 8</b>
--	---------------------

**Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016-2018**  
**Formularz ofertowy**  
**Program profilaktyki zakażeń meningokokowych dla dzieci w wieku od 12 do**  
**24miesiący zamieszkałych w Gminie Miejskiej Kraków**

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

**I. Dane oferenta**

<b>Nazwa oferenta</b> <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>		
<b>Organ dokonujący wpisu</b>		
<b>Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej</b>		
<b>Adres siedziby oferenta</b> <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>		
<b>Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji</b> <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>		
<b>Nr NIP oferenta</b>		
<b>Nr REGON oferenta</b>		
<b>Telefon kontaktowy/fax do osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta</b>	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
<b>Telefon kontaktowy/fax do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty</b>	<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 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: Lekarze ( tytuły naukowe – wskazanie w jakiej dziedzinie), pielęgniarki – kurs /szkolenia w zakresie szczepień ochronnych,	Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)	Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program)
<b>Lekarze</b>				
1.				
2.				
3.				
<b>Pielęgniarki</b>				
1.				

2.				
3.				

Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt):

..... pkt

## 2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program:

Pozytywna opinia Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzająca, że pomieszczenia, w których realizowany będzie program są dopuszczone pod względem sanitarnym

Tak/nie.....

Wskazać adres pomieszczenia/pomieszczeń podmiotu leczniczego na terenie, którego będzie realizowany Program.....

Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu:	Gabinet/gabinety lekarskie i przygotowawczo-zabiegowe lub zabiegowe	.....(tak/nie)
	Gabinety lekarskie (co najmniej 3 gabinety) i przygotowawczo-zabiegowe lub zabiegowe o powierzchni większej niż 6 m2	.....(tak/nie)
	Punkt szczepień działający u realizatora Programu:	.....(tak/nie)

Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)

.....

## 3. Dostępność do świadczeń objętych Programem:

Dostępność do Programu:	Możliwość rejestracji i informacji telefonicznej - wpisać tak lub nie oraz wskazać nr telefonu	.....(tak/nie tel.).....
	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 godziny pracy (od .. do...) w poszczególne dni tygodnia	.....
	Należy wpisać, czy prowadzona będzie tzw. lista rezerwa oczekujących na udział w Programie	.....(tak/nie)

Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt):

..... pkt.

## 4. Dodatkowe punkty – wymogi pożądane:

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- telefon stacjonarny (należy wpisać: Tak lub Nie)	.....(tak/nie)
Posiadanie aktualnej w dniu składania oferty umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia w zakresie szczepień ochronnych u dzieci	(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 szczepień ochronnych przeciwko meningokokom u dzieci ) 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 13 pkt):		..... pkt.
<b>Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:</b>		..... pkt
<b>Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:</b>		
Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	Cena brutto jednej dawki szczepionki przeciwko meningokokom	.....zł. brutto
	Cena brutto wykonania usługi medycznej ( kwalifikacja lekarska)	.....zł. brutto
	Cena brutto kosztów administracyjnych	.....zł. brutto
	Kwota należności na realizację zamówienia (łączna roczna wartość Programu)	.....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 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:	
<b>Kryteria oceny:</b>	
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
<b>Łącznie:</b>	<b>pkt</b>

(Uwagi Komisji Konkursowej)

### Decyzja Komisji Konkursowej:

Oferta 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 Piętał - Frączek

4. Paulina Kulińska

5. Teresa Krystyna Włosik