

Udzielający zamówienia:  
Urząd Miasta Krakowa  
Biuro ds. Ochrony Zdrowia  
al. Powstania Warszawskiego 10, pokój Nr 411  
tel. (12) 616-94-90 fax (12) 616-94-86

Program 9

## Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2010-2012”

### Formularz ofertowy

„Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych i meningokokowych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci uczęszczających do żłobków i przedszkoli samorządowych, zlokalizowanych na terenie Miasta Krakowa”.

(pieczęć oferenta)

Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia):

#### I. Dane oferenta:

<b>Nazwa oferenta</b>		
<b>Adres siedziby oferenta</b> (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)		
<b>Nr NIP oferenta</b>		
<b>Nr REGON oferenta</b>		
<b>Telefon kontaktowy</b>	(stacjonarny)	(komórkowy)
<b>fax</b>		
<b>e-mail</b>		
<b>Numer konta bankowego</b>		
<b>Adres miejsca (gabinetu), w którym będzie realizowany Program</b>		
<b>Do formularza ofertowego należy dołączyć:</b>	aktualny wypis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub rejestru praktyk	
	aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej	
	statut (jeśli oferent taki posiada)	
	zaświadczenie o nr NIP	
	zaświadczenie o nr REGON	
	oświadczenie upoważnionej osoby (głównego księgowego lub kierownika oferenta) o przyjętym sposobie rozliczenia: rachunek/faktura VAT	
	decyzja Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przedmiocie spełniania przez oferenta warunków określonych w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 z późn. zm.)	
	dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe personelu przewidzianego do realizacji Programu	
certyfikaty jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) (jeśli oferent takie posiada)		

#### 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 medycznych 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)	Posiadane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program)	Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 4 pkt) .....pkt

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

Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu (UWAGA: proszę wskazać wariant 1 lub 2):	1. Gabinet/gabinety lekarskie i przygotowawczo-zabiegowe lub zabiegowe, w których realizowany będzie Program, objęte są tzw. programem dostosowawczym:	.....(tak/nie)
	2. Gabinet/gabinety lekarskie i przygotowawczo-zabiegowe lub zabiegowe, w których realizowany będzie Program, uznane przez Państwową Inspekcję Sanitarną za dopuszczone pod względem powierzchni i spełniające w pełni warunki Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r.:	.....(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 (wymagany nr stacjonarny) - wpisać tak lub nie oraz wskazać nr telefonu:	.....(tak/nie) tel. (012) .....
	Należy wpisać ile dni w tygodniu realizowany będzie Program (w godz. 8.30 do 15.00):	.....dni
	Należy wpisać ile dni w tygodniu Program będzie realizowany nie krócej niż do godz.18.00:	.....dni
	Należy wpisać, czy prowadzona będzie tzw. lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie:	.....(tak/nie)
	Należy wpisać, czy Program będzie realizowany również w każdą sobotę (i przez ile godzin):	.....(tak/nie) .....godziny

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

### 4. 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 medycznych:	Oferent informuje, czy posiada, co najmniej jeden certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (Należy wpisać: Tak lub Nie oraz dołączyć kserokopię certyfikatu):	.....(tak/nie)

Realizacja umowy z Urzędem Miasta Krakowa:	Oferent informuje, że realizował w 2009 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 przyznanych przez Komisję (od 0 do 4 pkt)	.....pkt.
---	-----------

<b>Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:</b>	<b>..... pkt.</b>
---	-------------------

### Proponowana cena poszczególnych etapów Programu:

Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	Cena brutto jednej dawki szczepionki przeciwko pneumokokom	.....zł brutto
	Cena brutto jednej dawki szczepionki przeciwko meningokokom	.....zł brutto
	Cena brutto wykonania usługi medycznej (kwalifikacja lekarska i podanie szczepionki)	.....zł brutto
	Cena brutto kosztów administracyjnych	.....zł brutto
	Kwota należności proponowana za <u>roczną</u> realizację zamówienia (łączna roczna wartość Programu):	.....zł brutto

*Pod rygorem odpowiedzialności karnej i cywilnej oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. 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:*

*(data, podpis i pieczęć oferenta lub osoby/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:	
------------------------------	--

#### 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. Dostępność do świadczeń objętych Programem:		pkt
4. Dodatkowe punkty możliwe do zdobycia przez oferenta:		pkt
<b>Łącznie</b>		<b>pkt</b>

#### Kryteria dodatkowe - stosowane w przypadkach, gdy więcej niż jeden oferent uzyska tę samą liczbę punktów:

1. Cena jednostkowego świadczenia medycznego (badania jednego pacjenta) według kosztów poszczególnych badań.	Cena brutto jednej dawki szczepionki:	.....zł brutto
	Cena brutto wykonania usługi medycznej (kwalifikacja lekarska i podanie szczepionki):	.....zł brutto
	Cena brutto kosztów administracyjnych:	.....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 przyjęta do realizacji: TAK/NIE

(wskazanie powodów przyjęcia/nie przyjęcia oferty)

Kwota przyznana na realizację Programu:

.....zł brutto

Data oceny:

Podpis:

1. Michał Marszałek

2. Paweł Lipowski

3. Maria Piętań-Frączek

4. Karolina Kaczor

5. Ewa Ciszewska-Nieć

6. Grażyna Jędrzejewska

7. Ryszard Osiński