

<b>Udzielający zamówienia:</b> <b>Gmina Miejska Kraków</b> <b>Jednostka realizująca:</b> <b>Urząd Miasta Krakowa</b> <b>Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia</b> <b>ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków</b> <b>tel. (012) 616-94-92</b>	Załącznik nr 1b do ogłoszenia stanowiącego załącznik do zarządzenia Prezydenta Miasta Krakowa nr ..... z dnia .....
---	---

**Formularz ofertowy**

**„Program profilaktyki otyłości i nadciśnienia tętniczego u dzieci w wieku szkolnym” – Etap II**

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

**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>
<b>e-mail</b>		
<b>Numer rachunku bankowego</b>		
<b>Adres miejsca podmiotu leczniczego, w którym planuje się realizację Programu</b>		

**DO OFERTY MOŻNA DOŁĄCZYĆ:** certyfikat/y jakości udzielanych świadczeń medycznych w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ oraz certyfikat poświadczający, że podmiot leczniczy jest przyjazny pacjentowi – nie są obowiązkowe, niemniej jednak są punktowane.

## II. Elementy oferty podlegające ocenie Komisji

### Kryteria oceny oferty

#### 1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do realizacji Programu:

Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Czas, od kiedy osoba zatrudniona jest u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (np. umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, kontrakt, inna umowa cywilnoprawna)	Posiadane specjalizacje: Lekarze (tytuły naukowe – wskazanie w jakiej dziedzinie), pielęgniarki i pozostały personel – wskazanie tytułu naukowego	Posiadane doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej (nazwa, czas i wskazanie zlecającego program od 2015 r.)	Numer prawa wykonywania zawodu
<b>Lekarze</b>				
1.				
2.				
3.				
4.				
<b>Pielęgniarki</b>				
1.				
2.				
3.				

<b>Pozostały personel (psycholog, dietetyk, rehabilitant/trener aktywności fizycznej)</b>				
<b>Psycholog</b>				
1.				
2.				
3.				
<b>Dietetyk</b>				
1.				
2.				
3.				
<b>Rehabilitant/trener aktywności fizycznej</b>				
1.				
2.				
3.				
<b>Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 7 pkt):</b>			..... pkt	
<b>2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program:</b>				
<b>Pomieszczenia do realizacji Programu:</b>	Jeden gabinet lekarski i jeden gabinet zabiegowy oraz sala do realizacji konsultacji grupowych o powierzchni pozwalającej na przeprowadzenie zajęć w zachowaniu reżimu sanitarnego dla grup 10-15 osobowych	..... (tak/nie)		
	Gabinety lekarskie (co najmniej dwa gabinety) i jeden gabinet zabiegowy oraz 2 sale do realizacji konsultacji grupowych o powierzchni pozwalającej na przeprowadzenie zajęć w zachowaniu reżimu sanitarnego dla grup 10-15 osobowych	..... (tak/nie)		
	Gabinety lekarskie (więcej niż dwa gabinety) i jeden gabinet zabiegowy o powierzchni większej niż 6 m <sup>2</sup> oraz 2 sale do realizacji konsultacji grupowych o powierzchni pozwalającej na przeprowadzenie zajęć w zachowaniu reżimu sanitarnego dla grup 10-15 osobowych	..... (tak/nie)		
<b>Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt):</b>			.....pkt	

<b>3. Wyposażenie w wyroby medyczne – sprzęt i aparatura medyczna</b>		
Standard podstawowy: podstawowe wyposażenie gabinetów: zabiegowego (w tym waga medyczna ze stadiometrem, sfigmomanometr, aparat EKG) i gabinetu lekarskiego		..... (tak/nie)
Standard ponadpodstawowy: wyposażenie gabinetów jak w standardzie podstawowym poszerzone o zestaw reanimacyjny		..... (tak/nie)
Standard wysoki: wyposażenie gabinetów jak w standardzie ponadpodstawowym poszerzone o dodatkową wagę medyczną ze stadiometrem, dodatkowy sfigmomanometr oraz dodatkowy aparat EKG		..... (tak/nie)
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt):		.....pkt
<b>4. Dostępność do świadczeń objętych Programem:</b>		
Dostępność do Programu:	Możliwość rejestracji i informacji telefonicznej przez 5 dni w tygodniu (pon.-pt.) - wpisać tak lub nie oraz wskazać nr telefonu	..... (tak/nie) tel. ....
	Należy wpisać ile dni w tygodniu Program będzie realizowany po południu do godz. 18:00	..... dni
	Należy wpisać, czy Program będzie realizowany również w co najmniej jedną sobotę w miesiącu i przez ile godzin	.....(tak/nie) .....godzin
	Należy wpisać godziny pracy (od .. do...) w poszczególne dni tygodnia	Pon.:..... Wt.:..... Śr.:..... Czw.:..... Pt.:..... Sb.:.....
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt):		..... pkt
<b>5. Dodatkowe punkty – wymogi pożądane:</b>		
Odrębna linia telefoniczna wyłącznie na potrzeby Programu	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)

<b>Posiadanie certyfikatu poświadczającego, że podmiot leczniczy jest przyjazny pacjentowi</b>	<b>Oferent informuje, czy posiada certyfikat podmiotu leczniczego przyjaznego pacjentowi (Należy wpisać: Tak lub Nie)</b>	.....(tak/nie)	
<b>Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 4 pkt):</b>		..... pkt	
<b>Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję (0-20 pkt.):</b>		..... pkt	
<b>Proponowana cena poszczególnych świadczeń zdrowotnych/usług realizowanych w ramach Programu:</b>			
<p style="text-align: center;"><b>Interwencje specjalistyczne</b></p>			
<b>Proponowane ceny świadczeń zdrowotnych objętych Programem:</b>	<b>Cena brutto jednej konsultacji lekarskiej (pięć zaplanowanych w ciągu etapu, nie więcej niż 110 zł)</b>	..... zł brutto	
	<b>Cena brutto kontrolnej konsultacji lekarskiej po zakończeniu programu (6 i 12 miesięcy po zakończeniu programu, nie więcej niż 100 zł)</b>	..... zł brutto	
	<b>Cena brutto wykonania badań laboratoryjnych u jednego dziecka (nie więcej niż 133 zł)</b>	..... zł brutto	
	<b>Cena brutto wykonania badania EKG z opisem u jednego dziecka (nie więcej niż 45 zł)</b>	..... zł brutto	
	<p style="text-align: center;"><b>Konsultacja dietetyczna</b></p>		
	<b>Cena brutto przeprowadzenia jednej grupowej konsultacji (dwie zaplanowane, w grupie 5-8 osób, nie więcej niż 160 zł/konsultacja)</b>	..... zł brutto	
	<b>Cena brutto przeprowadzenia jednej konsultacji indywidualnej (cztery zaplanowane, nie więcej niż 100 zł/konsultacja)</b>	..... zł brutto	
	<p style="text-align: center;"><b>Konsultacja z rehabilitantem lub trenerem aktywności fizycznej</b></p>		
	<b>Cena brutto przeprowadzenia jednej konsultacji indywidualnej (dwie planowane, nie więcej niż 100 zł/konsultacja)</b>	..... zł brutto	

Cena brutto przeprowadzenia jednej grupowej konsultacji (cztery zaplanowane, w grupie 5-8 osób, nie więcej niż 160 zł/konsultacja)	..... zł brutto
<b>Konsultacja psychologiczna</b>	
Cena brutto przeprowadzenia jednej grupowej konsultacji (cztery zaplanowane, w grupie 5-8 osób, nie więcej niż 240 zł/konsultacja)	..... zł brutto
Cena brutto przeprowadzenia jednej konsultacji indywidualnej (jedna zaplanowana, nie więcej niż 120 zł/konsultacja)	..... zł brutto
<b>Konsultacje z rodzicami w zakresie trybu życia</b>	
Cena brutto przeprowadzenia jednej konsultacji grupowej z dietetykiem i rehabilitantem/ trenerem aktywności fizycznej (jedna zaplanowana, w grupie 5-8 osób, nie więcej niż 260 zł/konsultacja)	..... zł brutto
Cena brutto przeprowadzenia jednej konsultacji grupowej z psychologiem (jedna zaplanowana, w grupie 5-8 osób, nie więcej niż 240 zł/konsultacja)	..... zł brutto
<b>Suma cen jednostkowych (należy zsumować wszystkie podane powyżej ceny jednostkowe – nie więcej niż 1768 zł)</b>	..... zł brutto
<b>Cena brutto zakupu jednego osobistego rejestratora aktywności fizycznej z licznikiem kalorii (cena jednostkowa nie może przekroczyć kwoty 40 zł brutto)</b>	..... zł brutto
<b><u>Oświadczenia:</u></b>	
<p>1) Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.</p> <p>2) Oświadczam, że pomieszczenia, w których realizowany będzie Program spełniają warunki higieniczno-sanitarne do prowadzenia działalności zgodnie z przeznaczeniem i spełniają wymogi zawarte w rozporządzeniu ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.</p> <p>3) Oświadczam, że w przypadku wyboru niniejszej oferty, oferent, którego reprezentuję nie będzie przedstawiał do rozliczenia świadczeń zdrowotnych rozliczonych w Gminie Miejskiej Kraków, do innych podmiotów, w tym do Narodowego Funduszu Zdrowia</p> <p>4) Oświadczam, że w przypadku wyboru niniejszej oferty wskazany w ofercie personel medyczny do realizacji Programu, będzie wykonywał Program poza harmonogramem pracy, wynikającym z umowy finansowanej z innych środków, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.</p> <p>5) Oświadczam, że informacje o kwalifikacjach osób wskazanych w ofercie, które będą udzielały świadczeń w związku z realizacją Programu są zgodne z wymaganiami obowiązujących przepisów prawnych i aktualnym stanem faktycznym w zakresie posiadanych uprawnień, kwalifikacji i doświadczenia zawodowego.</p>	

6) Oświadczam, że oferent którego reprezentuję, postępuje zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami o ochronie danych osobowych przy ich zbieraniu, przetwarzaniu i przekazywaniu.

7) Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.

**Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń**

*(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/  
przyczyny  
odrzużenia oferty:**

*(Uwagi Komisji Konkursowej)*

**Decyzja Komisji Konkursowej:**

**Oferta przyjęta do realizacji: TAK/NIE**

*(wskazanie powodów przyjęcia/nieprzyjęcia oferty)*

**Data oceny:**

**Podpis:**

**Przewodniczący  
Komisji  
konkursowej**

**Członkowie Komisji  
konkursowej:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.