

| | |
|--|--|
| Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Jednostka realizująca: Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków tel. 12/ 616-93-99 | Załącznik nr 1b do ogłoszenia stanowiącego załącznik do zarządzenia Prezydenta Miasta Krakowa nr 2274/2021 z dnia 11 sierpnia 2021r. |
|--|--|

Realizacja w 2021 roku
„Programu polityki zdrowotnej dotyczącego profilaktyki zakażeń meningokokowych w Małopolsce
na lata 2020-2027”

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

| Adres miejsca (gabinetu) podmiotu leczniczego, w którym planuje się realizację Programu | | | | | |
|---|---|--|---|--|--------------------------------|
| DO OFERTY MOŻNA DOŁĄCZYĆ: certyfikat/y jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) lub certyfikat poświadczający, że podmiot leczniczy jest przyjazny pacjentowi – nie są obowiązkowe, niemniej jednak są punktowane. | | | | | |
| II. Elementy oferty podlegające ocenie Komisji <i>- podawane informacje powinny dotyczyć miejsc, w których realizowany będzie Program:</i> | | | | | |
| 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, pielęgniarki – kurs szczepień ochronnych | Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie) | Posiadane doświadczenie w realizacji programu/-ów zdrowotnych / programu/-ów polityki zdrowotnej (nazwa, lata realizacji i wskazanie zlecającego program od 2015 r.) | Numer prawa wykonywania zawodu |
| Lekarze | | | | | |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| Pielęgniarki | | | | | |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt) | | | pkt | | |

| 2. Pomieszczenia, w których realizowany będzie Program: | | |
|---|--|--|
| Pomieszczenia do realizacji Programu: | Gabinet lekarski (1 gabinet) i gabinet przygotowawczo-zabiegowy lub zabiegowy |(tak/nie) |
| | Gabinety lekarskie (więcej niż 1 gabinet) i gabinet przygotowawczo-zabiegowy lub zabiegowy |(tak/nie) |
| | Punkt szczepień działający u realizatora Programu |(tak/nie) |
| Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt) | |pkt |
| 3. Dostępność do świadczeń objętych Programem: | | |
| Dostępność do Programu: | Oferent zapewnienia możliwości rejestracji telefonicznej oraz w punkcie, w którym będzie realizowany program, a także zapewnia informację o Programie, co najmniej w punkcie, telefonicznie oraz na stronie internetowej, (jeżeli posiada). Wskazać nr telefonu: | TAK 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 | Pon....., Wt....., Śr....., Cz....., Pt....., Sb..... |
| | Należy wpisać, czy prowadzona będzie tzw. lista rezerwowa oczekujących na udział w Programie |(tak/nie) |
| Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt) | | pkt |
| 3. Dodatkowe punkty – wymogi pożądane: | | |
| Odrębna linia telefoniczna wyłącznie na potrzeby Programu lub innych programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków finansowych Miasta Krakowa. | 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) |
| Posiadanie certyfikatu poświadczającego, że podmiot leczniczy jest przyjazny pacjentowi | Oferent informuje, czy posiada, certyfikat poświadczający, że podmiot leczniczy jest przyjazny pacjentowi (należy wpisać: Tak lub Nie) |(tak/nie) |
| Realizacja umowy z Urzędem Miasta Krakowa | Oferent informuje, że zrealizował w 2020 r. w zakresie miejskiego lub dzielnicowego programu polityki zdrowotnej, co najmniej jedną umowę zawartą z UMK na poziomie, co najmniej 90% (należy wpisać: Tak lub Nie) |(tak/nie) |
| Liczba punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 5 pkt) | |pkt |
| Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję (0 – 14 pkt) | | pkt |
| Proponowana cena poszczególnych etapów Programu: | | |
| Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem: | Cena brutto jednej dawki szczepionki przeciwko meningokokom typu B |zł brutto |
| | Cena brutto kwalifikacji lekarskiej jednego pacjenta | zł brutto |
| <i>Łączny koszt szczepionki przeciwko meningokokom typu B i kwalifikacji lekarskiej jednego pacjenta nie może przekroczyć 380 zł (słownie: trzysta osiemdziesiąt złotych 00/100).</i> | | |
| <i>Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanych Przyjmującego zamówienie środków, możliwe będzie przesuwanie tych środków pomiędzy poszczególnymi etapami Programu.</i> | | |
| Oświadczenia: | | |
| 1) Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. | | |
| 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.

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

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.

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.

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.

8) Oświadczam, że podmiot składający ofertę zobowiązuje się do zapewnienia dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz informacyjno-komunikacyjnej osobom ze szczególnymi potrzebami, co najmniej w zakresie określonym przez minimalne wymagania, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

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 odrzucenia oferty:

(Uwagi Komisji Konkursowej)

Decyzja Komisji Konkursowej:

Oferta przyjęta do realizacji: TAK/NIE

(wskazanie powodów przyjęcia/nieprzyjęcia oferty)

Kwota przyznana na realizację Programu w 2021 r.:

..... zł brutto

Data oceny:

Podpis:

**Przewodniczący
Komisji
konkursowej**

**Członkowie
Komisji
konkursowej:**

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