

Załącznik nr 2  
do ogłoszenia stanowiącego  
załącznik do zarządzenia  
Prezydenta Miasta Krakowa  
Nr ... z dnia ...

**OFERTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**  
pn. „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia”.

<b>NAZWA OFERENTA</b> <i>(wypełnia oferent)</i>	<b>DATA WPŁYWU OFERTY</b> <i>(wypełnia udzielający zamówienia)</i>

<b>I. DANE OFERENTA</b> <i>(wypełnia oferent)</i>		
1.	<b>Nazwa oferenta</b> <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>	
2.	<b>Adres siedziby oferenta</b> <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>	
3.	<b>Adres miejsca wykonywania Programu</b>	
4.	<b>Numer telefonu oferenta</b>	
5.	<b>Adres e-mail oferenta</b>	

6.	Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej	
7.	Numer wpisu oferenta do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
8.	Organ prowadzący rejestr, o którym mowa w pkt. 7	
9.	NIP	
10.	REGON	
11.	Numer konta bankowego	
12.	Imię i nazwisko, telefon kontaktowy oraz adres e-mail do osoby upoważnionej przez oferenta do udzielania informacji dotyczących oferty	

**II. DOKUMENTY, KTÓRE OFERENT DOŁĄCZA DO OFERTY** *(wypełnia oferent)*

Do oferty można dołączyć: certyfikat/y jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) – nie są obowiązkowe, niemniej jednak w przypadku dołączenia co najmniej jednego certyfikatu do oferty, można uzyskać dodatkowy 1 pkt.

Dołączone do oferty dokumenty:

1. ....
2. ....
3. ....

**III. ELEMENTY OFERTY PODLEGAJĄCE OCENIE KOMISJI (KRYTERIA JAKOŚCIOWE)**

**1. PERSONEL MAJĄCY REALIZOWAĆ PROGRAM**

(wypełnia oferent)

Lp.	Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Czas, od kiedy osoba zatrudniona jest u oferenta	Posiadane specjalizacje – w przypadku lekarza Posiadanie kursu szczepień ochronnych – w przypadku pielęgniarki (TAK/NIE)	Posiadane doświadczenie zawodowe (należy podać liczbę lat doświadczenia zawodowego)	Posiadane doświadczenie w realizacji programu zdrowotnego/ programu polityki zdrowotnej przeprowadzonego po 2015 r. (należy podać nazwę programu, rok/lata realizacji, zlecającego program)	Numer prawa wykonywania zawodu
<b>LEKARZE</b>						
1.						
2.						
3.						
<b>PIELĘGNIARKI</b>						
1.		Nie dotyczy		Nie dotyczy	Nie dotyczy	
2.		Nie dotyczy		Nie dotyczy	Nie dotyczy	
3.		Nie dotyczy		Nie dotyczy	Nie dotyczy	
<b>Liczba punktów przyznanych przez Komisję (max 11 pkt)</b>						
				.....pkt		

<b>2. Dostępność do świadczeń medycznych objętych Programem</b> (wypełnia oferent)	
<p><b>Podstawowa dostępność (obowiązkowa):</b></p> <p>Oferent zapewnia możliwość 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). Program realizowany jest przez co najmniej 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy), przez co najmniej 5 h godzin dziennie, w tym co najmniej 2 dni w tygodniu nie krócej niż do godz. 18.00.</p>	TAK
<p><b>Duża dostępność:</b></p> <p>Oferent zapewnia możliwość 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). Program realizowany jest przez co najmniej 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy), przez co najmniej 8 h godzin dziennie, w tym co najmniej 2 dni w tygodniu nie krócej niż do godz. 18.00 oraz w każdą sobotę przez co najmniej trzy godziny dziennie.</p>	<p>.....</p> <p>(należy wpisać TAK albo NIE)</p>
<p><b>Dni i godziny realizacji Programu:</b> (zgodnie z powyższym, w zależności od zadeklarowanej dostępności).</p>	<p>Poniedziałek od.....do.....</p> <p>Wtorek od.....do.....</p> <p>Środa od.....do.....</p> <p>Czwartek od.....do.....</p> <p>Piątek od.....do.....</p> <p>Sobota od.....do.....</p>
<p><b>Oferent będzie prowadził listę rezerwową oczekujących na udział w Programie.</b></p>	<p>.....</p> <p>(należy wpisać TAK lub NIE)</p>
<p><b>Liczba punktów przyznanych przez Komisję (max 11)</b></p>	<p>..... pkt</p>
<b>3. Dodatkowe punkty.</b> (wypełnia oferent)	
<p>Oferent deklaruje, że w terminie do dnia zawarcia umowy, uruchomi odrębną linię telefoniczną (odrębny numer telefonu), która używana będzie wyłącznie dla potrzeb realizacji Programu lub innych programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków Miasta Krakowa.</p>	<p>.....</p> <p>(należy wpisać TAK lub NIE)</p>

Oferent posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację podstawowej opieki zdrowotnej.	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Oferent posiada, co najmniej jeden certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ).	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Oferent wykonał w 2021 r. co najmniej 1 umowę z Urzędem Miasta Krakowa (miejski lub dzielnicowy program polityki zdrowotnej) na poziomie co najmniej 90% jej wartości.	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
<b>Liczba punktów przyznanych przez Komisję (max 6 pkt)</b>	.....pkt
<b>Łączna liczba punktów przyznanych przez Komisję w ramach kryteriów jakościowych (max 28 pkt)</b>	.....pkt
<p>UWAGA: spełnianie warunku dotyczącego określonego wyżej okresu/czasu w kryteriach jakościowych, ustala się na dzień upływu składania ofert określonego w ogłoszeniu.</p>	
<p><b>IV. CENY POSZCZEGÓLNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I USŁUG, REALIZOWANYCH W RAMACH PROGRAMU.</b></p>	
<p><b>Nazwa, świadczenia zdrowotnego lub usługi</b></p>	
<p><b>Cena jednostkowa brutto/ Liczba pacjentów</b></p>	
1.	<p>Etap I - Kwalifikacja lekarska uwzględniająca przeciwwskazania do szczepień i ocenę ryzyka wystąpienie powikłań poszczepiennych – zebranie wywiadu lekarskiego i przeprowadzenie badania lekarskiego fizykalnego (według opisu organizacji Programu – Planowane interwencje)</p>
..... zł brutto	
2.	<p>Zakładana liczba pacjentów Etapu I</p>
..... pacjentów	
3.	<p>Etap II - Wykonanie szczepienia przez lekarza lub pielęgniarkę (usługa szczepienia wraz ze szczepionką - według opisu organizacji Programu – Planowane interwencje)</p>
..... zł brutto	
4.	<p>Zakładana liczba pacjentów Etapu II</p>
.....pacjentów	

5.	Proponowana, łączna całkowita kwota należności za realizację 100% zamówienia w 2022 r. (obliczona zgodnie z ww. propozycją cen i liczby pacjentów. UWAGA: łączna całkowita wartość oferty nie może przekroczyć kwoty 250 000 zł).	..... zł brutto
----	---	-----------------

**Zastrzega się, że na podstawie zawieranych umów, w ramach przyznanych oferentowi środków, możliwe będzie przesuwanie tych środków pomiędzy poszczególnymi etapami Programu.**

### V. OŚWIADCZENIA OFERENTA (wypełnia oferent)

Oferent oświadcza, że :

1. 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, w tym zawodowego;
2. wszystkie pomieszczenia i urządzenia, które służyć będą realizacji Programu odpowiadają wymaganiom właściwym do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych;
3. posiada polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym Programem;
4. zapoznał się z treścią Programu, dokumentacją konkursu ofert i akceptuje wszystkie zawarte w niej treści;
5. wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;
6. w przypadku wyboru niniejszej oferty nie będzie przedstawiał do rozliczenia świadczeń rozliczonych w Gminie Miejskiej Kraków, do innych podmiotów, w tym do Narodowego Funduszu Zdrowia.

.....  
Data, podpis/podpisy osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do działania w imieniu oferenta

Uwaga: oferta winna być podpisana przez osoby upoważnione do działania w imieniu oferenta. Podpis należy składać pełnym imieniem i nazwiskiem (czytelnie) z zaznaczeniem pełnionej funkcji lub opatrzyć imienną pieczętką.

### OCENA OFERTY PRZEZ KOMISJĘ KONKURSOWĄ (wypełnia komisja konkursowa)

1.	<b>Oferta spełnia wymagania formalne</b>	..... (proszę wpisać TAK lub NIE)
2.	<b>Liczba punktów, którą uzyskała oferta</b>	.....

3.	<b>Oferta osiągnęła minimalną wartość punktów w zakresie oceny merytorycznej, pozwalającą na przyjęcie do realizacji</b>	..... (proszę wpisać TAK lub NIE)
4.	<b>Oferta przyjęta do realizacji</b>	..... (proszę wpisać TAK lub NIE)
		<i>W przypadku odrzucenia oferty, wskazanie przyczyn nieprzyjęcia oferty do realizacji:</i>

.....  
data oceny oferty

Lp.	Imię i nazwisko	Funkcja	Podpis
1.		<b>Przewodniczący komisji</b>	
2.		<b>Zastępca Przewodniczącego komisji</b>	
3.		<b>Członek komisji</b>	
4.		<b>Członek komisji</b>	
5.		<b>Członek komisji</b>	