

Załącznik nr 2  
do ogłoszenia stanowiącego  
załącznik do zarządzenia nr  
2214/2023  
Prezydenta Miasta Krakowa  
z dnia 7 sierpnia 2023 r.

**OFERTA NA REALIZACJĘ W 2023 ROKU PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**  
pn. „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia”  
w ramach zadań Dzielnic Miasta Krakowa.

<b>DZIELNICA NR .....</b> (wypełnia oferent - należy wpisać nr Dzielnicy)	
<b>NAZWA OFERENTA</b> (wypełnia oferent)	<b>DATA WPŁYWU OFERTY</b> (wypełnia udzielający zamówienia)

<b>I. DANE OFERENTA</b> (wypełnia oferent)		
1.	<b>Nazwa oferenta</b> (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)	
2.	<b>Adres siedziby oferenta</b> (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)	
3.	<b>Adres miejsca wykonywania Programu</b>	

4.	Numer telefonu oferenta	
5.	Adres e-mail oferenta	
6.	Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej <i>(jeśli dotyczy)</i>	
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 (należy wymienić)  Posiadanie kursu szczepień ochronnych – w przypadku pielęgniarki (TAK/NIE) (należy wpisać TAK lub NIE)	Posiadane doświadczenie zawodowe (należy podać liczbę lat doświadczenia zawodowego)	Posiadane doświadczenie w realizacji programu zdrowotnego/ programu polityki zdrowotnej wykonywanego 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	
...		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)	
<b>Podstawowa dostępność (obowiązkowa):</b>  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.	TAK
<b>Duża dostępność:</b>  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.	..... (należy wpisać TAK albo NIE)
Oferent deklaruje realizację Programu w każdą sobotę przez co najmniej trzy godziny dziennie.	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
<b>Dni i godziny realizacji Programu:</b> (zgodnie z powyższym, w zależności od zadeklarowanej dostępności).	Poniedziałek od.....do..... Wtorek od.....do..... Środa od.....do..... Czwartek od.....do..... Piątek od.....do..... Sobota od.....do.....
Oferent będzie prowadził listę rezerwową oczekujących na udział w Programie.	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
<b>Liczba punktów przyznanych przez Komisję (max 12 pkt)</b>	..... pkt
<b>3. DODATKOWE PUNKTY</b> (wypełnia oferent)	

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.	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Oferent posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w zakresie 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 2022 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)
Miejsce realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach Programu znajduje się na obszarze Dzielnicy Miasta Krakowa, której dotyczy oferta.	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Miejsce realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach Programu znajduje się w Dzielnicy sąsiadującej z obszarem Dzielnicy Miasta Krakowa, której dotyczy oferta.	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
<b>Liczba punktów przyznanych przez Komisję (max 22 pkt)</b>	.....pkt
<b>Łączna liczba punktów przyznanych przez Komisję w ramach kryteriów jakościowych (max 45 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>	
<b>Nazwa, świadczenia zdrowotnego lub usługi</b>	<b>Cena jednostkowa brutto/ Liczba pacjentów</b>
Etap I - Kwalifikacja lekarska uwzględniająca przeciwwskazania do szczepień i ocenę ryzyka wystąpienia powikłań poszczepiennych – zebranie wywiadu lekarskiego i przeprowadzenie badania lekarskiego fizykalnego (według opisu organizacji Programu – Planowane interwencje). Kwalifikację przeprowadza lekarz.	..... zł brutto

	Zakładana liczba pacjentów Etapu I	..... pacjentów
	Etap II - Wykonanie szczepienia przez lekarza lub pielęgniarkę (usługa szczepienia wraz ze szczepionką - według opisu organizacji Programu – Planowane interwencje).	..... zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów Etapu II	..... pacjentów
	Proponowana, łączna całkowita kwota należności za realizację 100% zamówienia w 2023 r. (obliczona zgodnie z ww. propozycją cen i liczby pacjentów. <u>UWAGA: łączna całkowita wartość oferty nie może przekroczyć kwoty przeznaczonej na realizację Programu w danej Dzielnicy).</u>	..... 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 pieczętą.

**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>	