

Załącznik nr 2
do ogłoszenia stanowiącego
załącznik do zarządzenia
Prezydenta Miasta Krakowa
nr 2273/2023
z dnia 11 sierpnia 2023 r.

OFERTA NA REALIZACJĘ W LATACH 2023-2026 PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ
pn. „Programu profilaktyki zachorowań na grypę dla dzieci w wieku 6-60 miesięcy
w Gminie Miejskiej Kraków”

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

I. DANE OFERENTA <i>(wypełnia oferent)</i>	
1.	Nazwa oferenta <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>
2.	Adres siedziby oferenta <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>
3.	Numer telefonu oferenta
4.	Adres e-mail oferenta
5.	Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej <i>(jeśli dotyczy)</i>

6.	Numer wpisu oferenta do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
7.	Organ prowadzący rejestr, o którym mowa w pkt. 6	
8.	NIP	
9.	REGON	
10.	Numer konta bankowego	
11.	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 <i>(należy wymienić)</i> Posiadanie kursu szczepień ochronnych – w przypadku pielęgniarki (TAK/NIE) <i>(należy wpisać TAK lub NIE)</i>	Posiadane doświadczenie zawodowe <i>(należy podać liczbę lat doświadczenia zawodowego)</i>	Posiadane doświadczenie w realizacji programu zdrowotnego/ programu polityki zdrowotnej wykonywanego po 2015 r. <i>(należy podać nazwę programu, rok/lata realizacji, zlecającego program)</i>	Numer prawa wykonywania zawodu
LEKARZE						
1.						
2.						
3.						
...						
PIELĘGNIARKI						
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	
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (max 11 pkt)						
				.....pkt		

2. POMIESZCZENIA I LOKALIZACJE, W KTÓRYCH REALIZOWANY BĘDZIE PROGRAM (wypełnia oferent)		
Pomieszczenia niezbędne do realizacji Programu:	Gabinet lekarski (1 gabinet) i gabinet przygotowawczo-zabiegowy lub zabiegowy	..... (należy wpisać TAK albo NIE)
	Gabinety lekarskie (więcej niż 1 gabinet) i gabinet przygotowawczo-zabiegowy lub zabiegowy	..... (należy wpisać TAK albo NIE)
	Punkt szczepień działający u oferenta	..... (należy wpisać TAK albo NIE)
Lokalizacje:	Program realizowany będzie w 1 lokalizacji, tj. placówce oferenta	..... (należy wpisać TAK albo NIE)
	Program realizowany będzie w 2 lokalizacjach, tj. placówkach oferenta	..... (należy wpisać TAK albo NIE)
	Program realizowany będzie w więcej niż 2 lokalizacjach, tj. placówkach oferenta	..... (należy wpisać TAK albo NIE)
Adres/y lokalizacji Oferenta, w której/-ych będzie realizowany Program (punkty są przyznawane w zależności od liczby lokalizacji)	1. 2. 3. 4.	
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (max 8 pkt)	.....pkt	
3. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH OBJĘTYCH PROGRAMEM (wypełnia oferent)		
Podstawowa dostępność (obowiązkowa): 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 we wszystkie dni robocze (od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy), przez co najmniej 6 h godzin dziennie, w tym co najmniej 1 dzień w tygodniu nie krócej niż do godz. 18.00.		TAK

<p>Duża dostępność:</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 we wszystkie dni robocze (od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy), przez co najmniej 6 h godzin dziennie, w tym co najmniej 2 dni w tygodniu nie krócej niż do godz. 18.00 oraz w co najmniej jedną sobotę każdego miesiąca realizacji Programu, przez co najmniej 3 godziny dziennie.</p>	<p>..... (należy wpisać TAK albo NIE)</p>
<p>Wysoka dostępność:</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 5 dni w tygodniu we wszystkie dni robocze (od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) przez co najmniej 6 godzin dziennie, w tym co najmniej 3 dni w tygodniu nie krócej niż do godz. 18.00 oraz przez co najmniej dwie soboty każdego miesiąca realizacji Programu, przez co najmniej 3 godziny dziennie.</p>	<p>..... (należy wpisać TAK albo NIE)</p>
<p>Dni i godziny realizacji Programu: (zgodnie z powyższym, w zależności od zadeklarowanej dostępności)</p>	<p>Poniedziałek od.....do..... Wtorek od.....do..... Środa od.....do..... Czwartek od.....do..... Piątek od.....do..... Sobota od.....do.....</p>
<p>W ile sobót każdego miesiąca realizacji Programu przez co najmniej 3 godziny dziennie, będzie realizowany Program.</p>	<p>..... liczba sobót w każdym miesiącu realizacji Programu</p>
<p>Oferent prowadzi listę rezerwową oczekujących na udział w Programie.</p>	<p>..... (należy wpisać TAK lub NIE)</p>
<p>Liczba punktów przyznanych przez Komisję (max 10 pkt)</p>	<p>..... pkt</p>
<p>4. DODATKOWE PUNKTY (wypełnia oferent)</p>	
<p>Oferent deklaruje, że w terminie do dnia zawarcia umowy, uruchomi odrębną linię telefoniczną (odrębny numer telefonu), która używana będzie wyłącznie</p>	<p>..... (należy wpisać TAK lub NIE)</p>

dla potrzeb realizacji Programu lub innych programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków Miasta Krakowa.		
Ofereant posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.		..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Ofereant posiada, co najmniej jeden certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ).		..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Ofereant wykonał w 2022 r. co najmniej 1 umowę z Urzędem Miasta Krakowa na realizację programu polityki zdrowotnej na poziomie co najmniej 90% jej wartości.		..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (max 4 pkt)		.....pkt
Łączna liczba punktów przyznanych przez Komisję w ramach kryteriów jakościowych (max 33 pkt)		.....pkt
UWAGA: spełnianie warunku dotyczącego określonego wyżej okresu/czasu w kryteriach jakościowych, ustala się na dzień upływu składania ofert określonego w ogłoszeniu.		
IV. CENY POSZCZEGÓLNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I USŁUG, REALIZOWANYCH W RAMACH PROGRAMU.		
Nazwa, świadczenia zdrowotnego lub usługi		Cena jednostkowa brutto
Kwalifikacja lekarska		
1.	Jednostkowa cena brutto kwalifikacji lekarskiej	..... zł brutto
Szczepionka czterowalentna przeciw grypie - iniekcyjna		
2.	Jednostkowa cena brutto jednej dawki szczepionki czterowalentnej iniekcyjnej wraz z usługą jej podania	..... zł brutto
Szczepionka czterowalentna przeciw grypie - donosowa		
3.	Jednostkowa cena brutto jednej dawki szczepionki czterowalentnej donosowej wraz z usługą jej podania	..... zł brutto

Koszt administracyjny		
4.	Jednostkowa cena brutto kosztów administracyjnych w odniesieniu do jednego dziecka (edukacja rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w Programie, przeprowadzenie ankiet, zebranie wywiadu telefonicznego, zgodnie z Działem V Ogłoszenia konkursowego)	..... zł brutto

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 pieczęcią.

OCENA OFERTY PRZEZ KOMISJĘ KONKURSOWĄ
(wypełnia komisja konkursowa)

1.	Oferta spełnia wymagania formalne	..... (proszę wpisać TAK lub NIE)
2.	Liczba punktów, którą uzyskała oferta	.....
3.	Oferta osiągnęła minimalną wartość punktów w zakresie oceny merytorycznej, pozwalającą na przyjęcie do realizacji	..... (proszę wpisać TAK lub NIE)
4.	Oferta przyjęta do realizacji	..... (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.		Przewodniczący komisji	
2.		Zastępca Przewodniczącego komisji	
3.		Członek komisji	
4.		Członek komisji	
5.		Członek komisji	