

OFERTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

pn. „Program powszechnego dostępu do defibrylacji z elementami nauki pierwszej pomocy w Gminie Miejskiej Kraków” w zakresie:
szkolenia z pierwszej pomocy dla pracowników podmiotów i organizacji z terenu Miasta Krakowa, posiadających Automatyczne Defibrylatory Zewnętrzne (AED)

| 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. | Wskazanie rejestru, do którego wpisany jest oferent <i>(np. Krajowy Rejestr Sądowy, Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej)</i> |
| 6. | NIP |
| 7. | REGON |
| 8. | Numer konta bankowego |
| 9. | Imię i nazwisko, telefon kontaktowy oraz adres e-mail do osoby upoważnionej przez oferenta do udzielania informacji dotyczących oferty |

II. ELEMENTY OFERTY PODLEGAJĄCE OCENIE KOMISJI (KRYTERIA JAKOŚCIOWE)

(wypełnia oferent)

1. INSTRUKTORZY MAJĄCY REALIZOWAĆ SZKOLENIA W RAMACH PROGRAMU

WARUNKI OBLIGATORYJNE

Realizator będzie realizować Program za pomocą co najmniej 4 instruktorów. Każdy z instruktorów posiada ukończony stacjonarny kurs instruktorski pierwszej pomocy lub stacjonarny kurs instruktorski resuscytacji (dopuszcza się kursy organizowane przez takie organizacje jak m.in. ERC (European Resuscitation Council), AHA (American Heart Association), EFR (Emergency First Response), Rescue House, PCK (Polski Czerwony Krzyż), HOPR (Harcerskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe), HSR (Harcerska Szkoła Ratownictwa), PTMR (Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej) i inne);

TAK

Każdy z instruktorów posiada doświadczenie w prowadzeniu kursów w zakresie pierwszej pomocy

TAK

KWALIFIKACJE I DOŚWIADCZENIE INSTRUKTORÓW

UWAGA: spełnienie warunku dotyczącego określonego okresu/czasu posiadanego doświadczenia w kryteriach jakościowych, ustala się na dzień upływu składania ofert określonego w ogłoszeniu

| Lp. | Imię i nazwisko | Posiadane kwalifikacje instruktorskie oraz ukończone inne kursy kierunkowe | Posiadane wykształcenie kierunkowe (jeżeli dotyczy) | Posiadany status studenta (jeżeli dotyczy) | Zatrudnienie, w chwili składania oferty, w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne (jeżeli dotyczy) | Posiadane doświadczenie jako nauczyciel akademicki oraz doświadczenie w nauczaniu pierwszej pomocy |
|-----|-----------------|--|---|--|---|---|
| | | <i>Proszę wskazać ukończone stacjonarne kursy instruktorskie oraz inne kursy, w szczególności kurs kwalifikowanej pierwszej pomocy wraz z <u>datą ukończenia</u></i> | <i>Proszę wskazać ukończone kierunki: lekarski, ratownictwo medyczne (lub posiadane uprawnienia ratownika medycznego), pielęgniarstwo, pedagogiczny, andragogiczny, stacjonarny kurs pedagogiczny</i> | <i>Proszę wskazać kierunki: ratownictwo medyczne, lekarski, pielęgniarstwo</i> | <i>Proszę wpisać tak lub nie</i> | <i>Należy podać przedmiot, którego instruktor uczył/uczy jako nauczyciel akademicki, czy posiada doświadczenie w nauczaniu pierwszej pomocy w ciągu ostatnich 5 lat oraz liczbę przeprowadzonych szkoleń z zakresu pierwszej pomocy</i> |
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|--|
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |
| 7. | | | | | | |
| 2. SPRZĘT I MATERIAŁY DO SZKOLEŃ | | | | | | |
| WARUNKI OBLIGATORYJNE | | | | | | |
| <p>Oferent zapewnia obligatoryjnie następujący sprzęt i materiały do szkoleń:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) manekin osoby dorosłej dający możliwość wizualnego przedstawienia wyników jakościowych RKO – co najmniej 4 sztuki, b) manekin niemowlaka – co najmniej 4 sztuki, c) treningowy defibrylator AED – co najmniej 4 sztuki, d) koc do treningu pozycji bezpiecznej – co najmniej 4 sztuki, e) środki do dezynfekcji sprzętu i rąk, f) jednorazowe materiały do zajęć z pierwszej pomocy w sytuacji wystąpienia krwotoków. | | | | | TAK | |
| 3. PUNKTY DODATKOWE | | | | | | |
| Podmiot posiada referencje dotyczące prowadzonej działalności w zakresie nauki pierwszej pomocy (od co najmniej 5 organizacji/ instytucji) | | | | | <i>(należy wpisać TAK lub NIE)</i> | |
| III. PROPONOWANA CENA <i>(wypełnia oferent)</i> <i>W trakcie realizacji Programu cena nie może ulec zwiększeniu i uznaje się ją za cenę maksymalną</i> | | | | | | |
| Nazwa świadczenia lub usługi | | | | | Cena jednostkowa brutto* | |
| Przeprowadzenie szkolenia w ramach Programu jednego uczestnika | | | | | zł brutto | |
| <i>*Cena za przeprowadzenie szkolenia w ramach Programu jednego uczestnika nie może być wyższa niż 160 zł brutto (słownie: sto sześćdziesiąt złotych 00/100)</i> | | | | | | |

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

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> |
| 5. | Przyznana kwota | zł brutto |

.....
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 | |