

Załącznik nr 3
do ogłoszenia stanowiącego
załącznik do zarządzenia
Prezydenta Miasta Krakowa
nr 2741/2023
z dnia 20 września 2023 r.

OFERTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci,
zwłaszcza krótkowzroczności, w tym w związku z realizacją nauki zdalnej
podczas epidemii COVID-19”

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.	Adres miejsca podmiotu leczniczego, w którym planuje się realizację II etapu Programu

10.	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 dodatkowo 1 pkt.				
Dołączone do oferty dokumenty:				
1.				
2.				
3.				
III. ELEMENTY OFERTY PODLEGAJĄCE OCENIE KOMISJI (KRYTERIA JAKOŚCIOWE) (wypełnia oferent)				
Kryteria oceny oferty				
1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do realizacji I i II etapu Programu:				
<i>UWAGA: spełnienie warunku dotyczącego określonego okresu/czasu w kryteriach jakościowych, ustala się na dzień upływu składania ofert określonego w ogłoszeniu</i>				
Lp.	Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Czas, od kiedy osoba pracuje u oferenta	Posiadane wykształcenie kierunkowe - lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki/ w trakcie specjalizacji z okulistyki (proszę wpisać właściwe)	Posiadane doświadczenie: etap I - w zakresie realizacji badań okulistycznych dzieci (należy wpisać TAK lub NIE) Etap II - w zakresie okulistyki dziecięcej (należy wpisać TAK lub NIE oraz okres posiadanego doświadczenia - w latach)
I etap Programu				
1.				
2.				
...				
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (0 - 14 pkt)			pkt

II etap Programu				
1.				
2.				
...				
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (0 - 15 pkt)			.....pkt	
2. Pomieszczenia, w których realizowana będzie pogłębiona diagnostyka wzroku – etap II				
Liczba pomieszczeń, w których będzie realizowany Program, znajdujących się na terenie poradni okulistycznej, wyposażonych w konieczny do badań specjalistyczny sprzęt medyczny, spełniających obowiązujące warunki higieniczno-sanitarne i wymogi dla gabinetów okulistycznych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą			..... (należy wpisać liczbę pomieszczeń)	
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (0 - 5 pkt):			.....pkt	
3. Wyposażenie w wyroby medyczne – sprzęt i aparatura medyczna				
I etap Programu				
tablica do badania ostrości wzroku			..... (należy wpisać liczbę)	
autorefraktometr pediatryczny			..... (należy wpisać liczbę)	
przenośna lampa szczelinowa			..... (należy wpisać liczbę)	
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (0 - 5 pkt):			.....pkt	
II etap Programu				
tablica do badania ostrości wzroku			..... (należy wpisać liczbę)	
lampa szczelinowa z tonometrem aplanacyjnym			..... (należy wpisać liczbę)	

tonometr pediatryczny	..... (należy wpisać liczbę)
szkło Volk	..... (należy wpisać liczbę)
autokeratorefraktometr	..... (należy wpisać liczbę)
aparat do badania progresji krótkowzroczności z biometrią lub aparat ultrasonograficzny (USG) z prezentacją A+B	..... (należy wpisać rodzaj sprzętu)
przenośne ERG z VEP	..... (należy wpisać liczbę)
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (0 - 5 pkt):	.....pkt
4. Dostępność do świadczeń objętych Programem	
I etap Programu	
WARUNEK OBLIGATORYJNY	
Program realizowany będzie w sposób zapewniający możliwie szeroką dostępność do świadczeń zdrowotnych dla potencjalnych uczestników Programu (dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych), niezakłócający prawidłowej działalności szkoły.	TAK
II etap Programu	
Możliwość rejestracji i informacji telefonicznej, Program będzie realizowany w dni robocze, od poniedziałku do piątku	TAK (proszę wpisać numer telefonu)
Należy wpisać ile dni w tygodniu, od poniedziałku do piątku, Program będzie realizowany po południu do godz. 18:00	..... dni
Należy wpisać, czy Program będzie realizowany również w co najmniej dwie soboty w miesiącu, przez co najmniej 3 godziny dziennie	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Należy wpisać godziny pracy (od .. do...) w poszczególne dni tygodnia	Poniedziałek od.....do..... Wtorek od.....do.....

	Środa od.....do..... Czwartek od.....do..... Piątek od.....do.....
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (0 - 9 pkt):	.....pkt
5. PUNKTY DODATKOWE	
Oferent posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w zakresie okulistyki	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Oferent deklaruje, że w przypadku przyjęcia oferty, w terminie od dnia zawarcia umowy, uruchomi odrębną linię telefoniczną na potrzeby Programu lub innych programów finansowanych ze środków Miasta Krakowa	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Oferent posiada w strukturach oddział pediatryczny	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Oferent posiada doświadczenie w realizacji co najmniej jednego programu polityki zdrowotnej u dzieci	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Oferent posiada co najmniej jeden certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Oferent posiada certyfikat poświadczający, że podmiot leczniczy jest przyjazny pacjentowi	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (0 - 11 pkt):	..... pkt
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję (0-64 pkt):	..... pkt
IV. PROPONOWANE CENY (wypełnia oferent)	
Nazwa świadczenia lub usługi	Cena jednostkowa brutto
Etap I: Badanie przesiewowe wzroku u jednego uczestnika (Cena jednostkowa nie może być wyższa niż 40 zł brutto)	..... zł brutto

Etap II:
Pogłębiona diagnostyka wzroku u jednego uczestnika
(Cena jednostkowa nie może być wyższa niż 200 zł brutto)

..... 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)
		W przypadku odrzucenia oferty, wskazanie przyczyn nieprzyjęcia oferty do realizacji:
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	