

Załącznik nr 3
do ogłoszenia stanowiącego
załącznik do zarządzenia
Prezydenta Miasta Krakowa
Nr 1453/2024 z dnia 14 maja
2024r.

OFERTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie wykrywania zaburzeń słuchu u dzieci uczęszczających
do szkół i placówek z terenu Gminy Miejskiej Kraków”

NAZWA OFERENTA (wypełnia oferent)	DATA WPŁYWU OFERTY (wypełnia udzielający zamówienia)

I. DANE OFERENTA (wypełnia oferent)		
1.	Nazwa oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)	
2.	Adres siedziby oferenta (zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)	
3.	Numer telefonu oferenta	
4.	Adres e-mail oferenta	

5.	Wskazanie rejestru, do którego wpisany jest oferent (np. Krajowy Rejestr Sądowy, Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej)	
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. 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) oraz poświadczający/e, że podmiot leczniczy jest przyjazny pacjentowi – nie są obowiązkowe, niemniej jednak są punktowane przy ocenie oferty.

Dołączone do oferty dokumenty:

1.
2.
3.

III. ELEMENTY OFERTY PODLEGAJĄCE OCENIE KOMISJI (KRYTERIA JAKOŚCIOWE) (wypełnia oferent)			
Kryteria jakościowe oceny oferty			
1. Kwalifikacje personelu uprawnionego do realizacji badań przesiewowych w ramach Programu:			
Lp.	Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	<p>Posiadane wykształcenie</p> <p>W przypadku lekarzy należy wpisać posiadane wykształcenie (wyłącznie zgodnie z poniższym):</p> <ol style="list-style-type: none"> lekarz specjalista w dziedzinie audiologii i foniatrii, lekarz specjalista w dziedzinie laryngologii/otolaryngologii/otorinolaryngologii dziecięcej, lekarz specjalista w dziedzinie laryngologii/otolaryngologii/otorinolaryngologii z doświadczeniem w pracy z dziećmi (oddział/poradnia), lekarz w trakcie specjalizacji z audiologii i foniatrii, lekarz w trakcie specjalizacji z laryngologii/otolaryngologii/otorinolaryngologii dziecięcej, lekarz w trakcie specjalizacji z laryngologii/otolaryngologii/otorinolaryngologii z doświadczeniem w pracy z dziećmi (oddział/poradnia) <p>W przypadku pielęgniarki lub protetyka słuchu wpisuje się, czy dana osoba jest pielęgniarką czy protetykiem słuchu</p>	<p>Posiadane doświadczenie (dotyczy tylko pielęgniarki i protetyka słuchu. Należy wpisać TAK lub NIE oraz okres posiadanego doświadczenia – w latach):</p> <p><u>W przypadku pielęgniarki</u> – podaje się liczbę lat doświadczenia w zakresie wykonywania badań audiometrycznych, w szczególności u dzieci.</p> <p><u>W przypadku protetyka słuchu</u> – podaje się liczbę lat doświadczenia w pracy z dziećmi.</p> <p>UWAGA: liczbę lat doświadczenia podaje się na dzień 3 czerwca 2024 r.</p>
Lekarze realizujący badania przesiewowe w ramach Programu			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Pielęgniarka/ protetyk słuchu			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (0 - 26 pkt)			.....pkt
2. Pomieszczenie, w którym realizowane będą badania przesiewowe w ramach Programu			
<p>Pomieszczenie zlokalizowane w szkole, tj. w gabinecie pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania/ higienistki szkolnej, ewentualnie w pokoju pedagoga szkolnego lub innym pomieszczeniu zapewniającym warunki poprawnego wykonania badań, tj. w pomieszczeniu gwarantującym odpowiedni poziom izolowania hałasu od zewnętrznych źródeł. W sytuacji braku możliwości zorganizowania badań słuchu na terenie szkoły – działania prowadzone będą poza szkołą, a miejsce realizacji Programu znajdować będzie się na terenie Krakowa i będzie dopuszczone do realizacji przedmiotu konkursu ofert.</p>			<p>TAK</p> <p>..... (należy wpisać miejsce i adres realizacji)</p>
3. Wyposażenie w wyroby medyczne – sprzęt i aparatura medyczna			
Otoskop			..... (należy wpisać liczbę)
Audiometr tonalny			..... (należy wpisać liczbę)
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (0 - 20 pkt):			.....pkt
4. Dostępność do badań przesiewowych w ramach Programu			
<p>Możliwość informacji telefonicznej. Program realizowany będzie w sposób zapewniający możliwie szeroką dostępność do badań przesiewowych w ramach Programu dla potencjalnych uczestników, niezakłócający prawidłowej działalności szkoły, w tym w dni robocze, od poniedziałku do piątku, przez co najmniej 4 godziny dziennie</p>			TAK
<p>Należy wpisać ile dni w tygodniu, od poniedziałku do piątku, Program będzie realizowany nie krócej niż do godz. 18:00</p>			..... dni
<p>Należy wpisać godziny pracy (od .. do...) w poszczególne dni tygodnia</p>			<p>Poniedziałek od.....do.....</p> <p>Wtorek od.....do.....</p> <p>Środa od.....do.....</p>

	Czwartek od.....do..... Piątek od.....do.....
Liczba punktów przyznanych przez Komisję (0 - 20 pkt):	.....pkt
5. Punkty dodatkowe	
Oferent posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w zakresie otolaryngologii	..... (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 - 14 pkt):	.....pkt
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję (0-80 pkt):	.....pkt
IV. PROPONOWANE CENY (wypełnia oferent)	
Nazwa świadczenia lub usługi	Cena jednostkowa brutto
<p>Badanie przesiewowe w ramach Programu u jednego dziecka (m.in. badanie otoskopowe wraz z wywiadem lekarskim i audiometria tonalna – zgodnie z Programem i ogłoszeniem)</p> <p>UWAGA: proponowana przez Oferenta cena za przeprowadzenie badania przesiewowego w ramach Programu u jednego dziecka nie może być wyższa niż 200 zł brutto.</p>	..... 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/ będą odpowiadać 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:
--	--	--

.....
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	