Załącznik nr 4 do uchwały Nr 1106/2016

Zarządu Powiatu w Poznaniu

z dnia 16.08.2016 r.

FORMULARZ OFERTOWY

**do konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.:
*„Profilaktyczny program szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców
powiatu poznańskiego”* w 2016 roku (kontynuacja)**

|  |  |
| --- | --- |
| **I. Dane o oferencie:** | Adnotacje urzędowe (nie wypełniać) |
| 1. Nazwa oferenta. |  |  |
| 2. Adres. |  |  |
| 3. Telefon, fax, e-mail. |  |  |
| 4. NIP. |  |  |
| 5. REGON. |  |  |
| 6. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i rejestru sądowego (załączyć aktualne wyciągi z rejestrów). |  |  |
| 7. Oświadczenie o braku przeterminowanych zobowiązań wobec Powiatu Poznańskiego. |  |  |
| 8. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego konkursem (imię i nazwisko, stanowisko oraz telefon kontaktowy). |  |  |
| 9. Osoba odpowiedzialna za rozliczenie finansowe zadania objętego konkursem (imię i nazwisko, stanowisko oraz telefon kontaktowy). |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **II. Informacja o bazie sprzętowej i warunkach lokalowych:** | Adnotacje urzędowe (nie wypełniać) |
| 1. Wykaz rodzaju sprzętui materiałów medycznych posiadanych przez oferenta, wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń objętych przedmiotem umowy. |  |  |
| 2. Oświadczenie, że sprzęti materiały medyczne, używane do realizacji programu, spełniają wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa. |  |  |
| 3. Warunki lokalowe niezbędne do realizacji zadania objętego konkursem. |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **III. Informacja o personelu medycznym przewidzianym do realizacji zadania objętego konkursem:**  | Adnotacje urzędowe (nie wypełniać) |
| 1. Określenie liczby i kwalifikacji zawodowych osób, które będą realizowały świadczenia w ramach programu objętego przedmiotem konkursu: |  |  |
| 1. imię i nazwisko lekarza kwalifikującegodo szczepień (rodzaj specjalności i stopień specjalizacji ),
 |  |  |
| 1. imię i nazwisko pielęgniarki posiadającej kwalifikacjedo wykonywania szczepień potwierdzone zaświadczeniemo odbyciu stosownego kursu,
 |  |  |
| 1. inny personel medyczny przewidziany do realizacji programu – imię i nazwisko, rodzaj kwalifikacji.
 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IV. Całkowity koszt brutto zaszczepienia jednej osoby przeciwko grypie p (kj)** | Adnotacje urzędowe (nie wypełniać) |
| **Poszczególne składowe całkowitego kosztu brutto zaszczepienia jednej osoby przeciwko grypie*:*** | **Wartość** |  |
| 1. Koszt badania lekarskiego kwalifikujące do szczepienia. | ……………… zł brutto |  |
| 2. Koszt zakupu szczepionki. | ……………… zł brutto |  |
| 3. Koszt podania szczepionki (w tym zużycie sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacja zużytego sprzętu medycznego i materiałów). | ……………… zł brutto |  |
| 4. Inne koszty ogólne (administracyjno-biurowe, promocyjno-edukacyjne, pocztowe itp.). | ……………… zł brutto |  |
| **Razem (suma pkt 1-4)** | **……………… zł brutto** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **V. Informacja o szczepionce** | Adnotacje urzędowe (nie wypełniać) |
| 1. Nazwa szczepionki stosowanej w sezonie epidemicznym 2016/2017,karta charakterystyki oferowanego produktu leczniczego oraz dokumenty potwierdzające, że stosowany produkt jest dopuszczony do obrotu. |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VI. Inne informacje**  | Adnotacje urzędowe (nie wypełniać) |
| 1. Czy oferent uczestniczył w realizacji programów polityki zdrowotnej objętych przedmiotem konkursu w okresie trzech ostatnich lat? Gdzie były przeprowadzone? Wielkość populacji objętej programem? |  |  |
| 2. Propozycja działań organizacyjno-promocyjno-edukacyjnych związanych z realizacją programu, w zakresie: |  |  |
| a) organizacji i sposobu przeprowadzenia programu polityki zdrowotnej, |  |  |
| b) sposobu oraz form informowania mieszkańców danej gminy o programie oraz terminie i miejscach prowadzenia szczepień, |  |  |
| c) edukacji zdrowotnej obejmującej przedmiot programu (materiałów edukacyjnych). |  |  |

…………………………………………………………….

*miejscowość, data, podpis oferenta*