Załącznik nr 4 do uchwały Nr 1478/2017

Zarządu Powiatu w Poznaniu

z dnia 3 lutego 2017 r.

FORMULARZ OFERTOWY

**do konkursu ofert na realizację:
*„Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV w 2017 r. (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 pediatry lub lekarza medycyny rodzinnej kwalifikującego do szczepień,
 |  |  |
| 1. imię i nazwisko pielęgniarki posiadającej kwalifikacjedo wykonywania szczepień potwierdzone zaświadczeniem o odbyciu stosownego kursu,
 |  |  |
| 1. imię i nazwisko edukatora prowadzącego spotkania informacyjno-edukacyjne oraz prelekcje (rodzaj kwalifikacji),
 |  |  |
| 1. inny personel medyczny (rodzaj kwalifikacji).
 |  |  |

**IV Kalkulacja kosztów:**

|  |  |
| --- | --- |
| **IV. A. Kalkulacja kosztu całkowitego realizacji szczepienia 1 osoby (pełen cykl obejmujący podanie trzech dawek) brutto uwzględniającego następujące składowe:** | Adnotacje urzędowe (nie wypełniać) |
| **Rodzaj kosztu** | **Wartość** |  |
| 1. Badanie lekarskie kwalifikujące do szczepienia. | ……………… zł brutto |  |
| 2. Koszt zakupu szczepionek w ramach pełnego cyklu szczepienia zgodnie z obowiązującymi zaleceniami producenta szczepionki. | ……………… zł brutto |  |
| 3. Podanie szczepionki (w tym zużycie sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacja zużytego sprzętu medycznego i materiałów). | ……………… zł brutto |  |
| **Razem (suma pkt 1-3)** | **……………… zł brutto** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IV B. Całkowite koszty brutto związane z realizacją Programu, inne niż koszty określone w pkt IV A formularza ofertowego (ogółem):** | Adnotacje urzędowe (nie wypełniać) |
| 1. Koszty edukacji zdrowotnej:* spotkań informacyjno-edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych oraz mieszkańców powiatu poznańskiego,
* prelekcji dla dziewcząt i chłopców,
* opracowania i wydania ulotek edukacyjnych.
 | ……………… zł brutto |  |
| 2. Koszty promocyjne (np. plakaty informacyjno-promocyjne, informacje w mediach), administracyjno-biurowe, pocztowe i inne niezbędne do prawidłowej realizacji Programu. | ……………… zł brutto |  |
| **Razem (suma pkt 1-2) nie więcej niż 20 000,00 zł**  | **……………… zł brutto** |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **VI. Inne informacje**  | Adnotacje urzędowe (nie wypełniać) |
| 1. Organizacja i sposób przeprowadzenia programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczak ludzkiego HPV w 2017 r. w powiecie poznańskim: |  |  |
| 1. w zakresie szczepień,
 |  |  |
| 1. w zakresie edukacji zdrowotnej, w tym spotkań informacyjno-edukacyjnych, prelekcji oraz materiałów dotyczących zapobiegania nowotworom szyjki macicy i innym chorobom wywołanym przez wirus brodawczaka ludzkiego HPV skierowanych do odbiorców programu,
 |  |  |
| 1. w zakresie działań informacyjno-promocyjnych dotyczących realizowanego programu.
 |  |  |
| 2. Doświadczenie oferenta w realizacji programów objętych przedmiotem konkursu:* Czy oferent uczestniczył

w realizacji ww. programów w okresie trzech ostatnich lat?* Gdzie były przeprowadzone ww. programy?
* Wielkość populacji objętej programem?
 |  |  |

…………………………………………………………….

*miejscowość, data, podpis oferenta*