Załącznik nr 4 do uchwały Nr 247/2019

Zarządu Powiatu w Poznaniu

z dnia 28 lutego 2019 r.

FORMULARZ OFERTOWY

**do konkursu ofert na realizację:   
*„Programu polityki zdrowotnej w zakresie   
profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV” w 2019 r.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Dane o oferencie:** | | | | |
| 1. Nazwa oferenta: |  | | | |
| 2. NIP: |  | | | |
| 3. REGON: |  | | | |
| 4. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i rejestru sądowego (*załączyć aktualne wyciągi  z rejestrów*). |  | | | |
| 5. Adres: | Miejscowość: |  | | |
| Ulica: |  | | |
| Nr: |  | Kod pocztowy: |  |
| 6. Telefon: |  | | | |
| 7. Faks: |  | | | |
| 8. E-mail: |  | | | |
| 9. Adres strony www: |  | | | |
| 10. Nazwa banku: |  | | | |
| 11. Numer rachunku bankowego: |  | | | |
| 12. Osoba odpowiedzialna  za realizację zadania objętego konkursem: | Imię i nazwisko: | |  | |
| Stanowisko: | |  | |
| Nr telefonu kontaktowego: | |  | |
| 13. Osoba odpowiedzialna  za rozliczenie finansowe zadania objętego konkursem: | Imię i nazwisko: | |  | |
| Stanowisko: | |  | |
| Nr telefonu kontaktowego: | |  | |
| 14. Oświadczenie o braku przeterminowanych zobowiązań wobec Powiatu Poznańskiego |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **II. Informacja o bazie sprzętowej i warunkach lokalowych:** | |
| 1. Wykaz rodzaju sprzętu i materiałów medycznych posiadanych przez oferenta, wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń objętych przedmiotem umowy. |  |
| 2. Oświadczenie, że sprzęt i 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 przewidzianym do realizacji zadania objętego konkursem:** | |
| Określenie liczby i kwalifikacji zawodowych osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu objętego przedmiotem konkursu\*: | |
| 1. imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do szczepień (rodzaj specjalności), | 1. |
| 2. |
| 3. |
| 1. imię i nazwisko pielęgniarki posiadającej kwalifikacje do wykonywania szczepień potwierdzone zaświadczeniem  o odbyciu stosownego kursu, | 1. |
| 2. |
| 3. |
| Określenie liczby i kwalifikacji zawodowych osób, które będą prowadziły spotkania informacyjno-edukacyjne oraz prelekcje w ramach Programu objętego przedmiotem konkursu\*: | |
| 1. imię i nazwisko edukatora (rodzaj kwalifikacji), | 1. |
| 2. |
| 3 |
| Wskazanie innego personelu przewidzianego do realizacji Programu, (np. pracownik administracyjny, rejestratorka i itp. )\*. | |
| 1. imię i nazwisko personelu   (charakter wykonywanych zadań w ramach Programu) | 1. |
| 2. |
| 3. |

|  |  |
| --- | --- |
| **IV. Kalkulacja kosztów:** | |
| **IV. A. Kalkulacja kosztu całkowitego realizacji szczepienia 1 osoby (pełen cykl obejmujący podanie trzech dawek) brutto uwzględniającego następujące składowe:** | |
| **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):** | |
| 1. Koszty edukacji zdrowotnej:   * spotkań informacyjno-edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych oraz mieszkańców powiatu poznańskiego, * prelekcji dla dziewcząt i chłopców, * opracowania, wydania ulotek edukacyjnych. | ……………… zł brutto |
| 2. Koszty promocyjne (w tym plakaty informacyjno-promocyjne oraz inne np. informacje w mediach), administracyjno-biurowe, pocztowe i inne niezbędne do prawidłowej realizacji Programu. | ……………… zł brutto |
| **Razem (suma pkt 1-2) nie więcej niż 40 000,00 zł** | **……………… zł brutto** |

|  |  |
| --- | --- |
| **V. Informacja o szczepionce:** | |
| 1. Nazwa szczepionki,  (*załączyć kartę charakterystyki oferowanego produktu leczniczego oraz dokumenty potwierdzające, że stosowany produkt jest dopuszczony do obrotu*). |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VI. Inne informacje**: | | | |
| 1. Organizacja i sposób przeprowadzenia przedmiotowego Programu polityki zdrowotnej w 2019 r.  w 17 gminach powiatu poznańskiego w zakresie: | | | |
| 1. szczepień, |  | | |
| 1. 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. działań informacyjno-promocyjnych dotyczących realizowanego Programu. |  | | |
| 2. Doświadczenie oferenta w realizacji programów objętych przedmiotem konkursu: | | | |
| 1. czy oferent uczestniczył  w realizacji ww. programów  w okresie trzech ostatnich lat? (**jeśli TAK** - proszę **uzupełnić pkt VI.2b**, **jeśli NIE** - proszę wpisać: **„nie dotyczy”**) |  | | |
| 1. szczegółowe informacje o realizowanych przez oferenta programach\*: | | | |
| Nazwa Programu | Rok realizacji Programu | Miejsce realizacji Programu | Wielkość populacji objętej Programem |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*w miarę potrzeby możliwe jest dodanie kolejnych wierszy

|  |  |
| --- | --- |
| *…………………………………………* | *………………………………………………………………………………….* |
| *(pieczęć oferenta)* | *(miejscowość, data, podpis osoby upoważnionej)* |