Załącznik nr 4 do uchwały Nr 629/2019

Zarządu Powiatu w Poznaniu

z dnia 30.08.2019 r.

FORMULARZ OFERTOWY

**do konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.:
*„Profilaktyczny program szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców
powiatu poznańskiego”* w 2019 roku (kontynuacja)**

|  |
| --- |
| **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 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:** (Określenie liczby i kwalifikacji zawodowych osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu objętego przedmiotem konkursu) |
|  | **LEKARZ KWALIFIKUJĄCY DO SZCZEPIEŃ\*:** |
| Lp. | **Imię i nazwisko**  | **Tytuł lub stopień naukowy** | **Uzyskane specjalizacje** | **Nr prawa wykonywania zawodu** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| b) | **PIELĘGNIARKA POSIADAJĄCA KWALIFIKACJE DO WYKONYWANIA SZCZEPIEŃ POTWIERDZONE ZAŚWIADCZENIEM O ODBYCIU STOSOWNEGO KURSU\*:** |
| Lp. | **Imię i nazwisko**  | **Wykształcenie** | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Nr i data zaświadczenia o ukończeniu kursu w zakresie szczepień ochronnych** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| c) | **INNY PERSONEL PRZEWIDZINY DO REALIZACJI PROGRAMU\*:** |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie** | **Inne informacje mające znaczenie przy realizacji Programu** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

|  |
| --- |
| **IV. Kalkulacja kosztów:** |
| **IV. A. Kalkulacja całkowitego kosztu zaszczepienia jednej osoby przeciwko grypie brutto (kj)** |
| **Poszczególne składowe całkowitego kosztu zaszczepienia jednej osoby przeciwko grypie brutto:** | **Wartość** |
| 1. Badanie lekarskie kwalifikujące do szczepienia | ……………… zł brutto |
| 2. Koszt zakupu szczepionki | ……………… zł brutto |
| 1. Koszt podania szczepionki (w tym zużycie sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacja zużytego sprzętu medycznego i materiałów)
 | ……………… zł brutto |
| 1. Koszty promocyjno-edukacyjne (w tym m.in. opracowanie, wydanie i dystrybucja ulotek edukacyjnych i plakatów informacyjnych)
 | ……………… zł brutto |
| 1. Inne koszty ogólne (administracyjno-biurowe, pocztowe itp. związane z realizacją Programu)
 | ……………… zł brutto |
| **Razem (suma pkt 1-5)**  | **……………… zł brutto** |

|  |
| --- |
| **V. Informacja o szczepionce:** |
| 1. Nazwa szczepionki stosowanej w sezonie epidemicznym 2019/2020(***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,
 |  |
| 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)* |