Załącznik nr 4 do uchwały Nr 1078/2020

Zarządu Powiatu w Poznaniu

z dnia 27 lutego 2020 r.

FORMULARZ OFERTOWY

**do konkursu ofert na realizację:
*„Programu polityki zdrowotnej w zakresie
profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV” w 2020 r. (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 przewidzianym do realizacji zadania objętego konkursem:** (Określenie liczby i kwalifikacji zawodowych osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu objętego przedmiotem konkursu) |
| a) | **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)  | **OSOBY, KTÓRE BĘDĄ PROWADZIŁY SPOTKANIA INFORMACYJNE-EDUKACYJNE ORAZ PRELEKCJE W RAMACH PROGRAMU OBJĘTEGO PRZEDMIOTEM KONKURSU\*:** |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie** | **Inne informacje mające znaczenie przy realizacji Programu** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| d) | **INNY PERSONEL PRZEWIDZINY DO REALIZACJI PROGRAMU** (np. pracownik administracyjny, rejestratorka i itp.)**\*:** |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Wykształceni~~e~~** | **Inne informacje mające znaczenie przy realizacji Programu** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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 2020 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)* |