

### FORMULARZ OFERTOWY

do konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.:  
„Profilaktyczny program szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców  
powiatu poznańskiego” w 2020 roku (kontynuacja)

I. Dane o ofercie:			
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 medycznym przewidzianym do realizacji zadania objętego konkursem:**

(Określenie liczby i kwalifikacji zawodowych osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu objętego przedmiotem konkursu)

a)	<b>LEKARZ KWALIFIKUJĄCY DO SZCZEPIEŃ*:</b>			
Lp.	Imię i nazwisko	Tytuł lub stopień naukowy	Uzyskane specjalizacje	Nr prawa wykonywania zawodu
1.				
2.				
3.				
4.				
b)	<b>PIELĘGNIARKA POSIADAJĄCA KWALIFIKACJE DO WYKONYWANIA SZCZEPIEŃ POTWIERDZONE ZAŚWIADCZENIEM O ODBYCIU STOSOWNEGO KURSU*:</b>			
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)	<b>INNY PERSONEL PRZEWIDZINY DO REALIZACJI PROGRAMU*:</b>			
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 (k<sub>j</sub>)

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
3. Koszt podania szczepionki (w tym zużycie sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacja zużytego sprzętu medycznego i materiałów)	..... zł brutto
4. Koszty promocyjno-edukacyjne (w tym m.in. opracowanie, wydanie i dystrybucja ulotek edukacyjnych i plakatów informacyjnych)	..... zł brutto
5. Inne koszty ogólne (administracyjno-biurowe, pocztowe itp. związane z realizacją Programu)	..... zł brutto
<b>Razem (suma pkt 1-5)</b>	<b>..... zł brutto</b>

#### V. Informacja o szczepionce:

1. Nazwa szczepionki stosowanej w sezonie epidemicznym 2020/2021  
*(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 zakresie:

a) szczepień,

b) edukacji zdrowotnej,

c) działań informacyjno-promocyjnych dotyczących realizowanego Programu			
<b>2. Doświadczenie oferenta w realizacji programów objętych przedmiotem konkursu:</b>			
a) 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”)			
b) 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)