

FORMULARZ OFERTOWY
do konkursu ofert na realizację:
*„Programu polityki zdrowotnej w zakresie
profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV” w 2021 r. (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. E-mail: | | | |
| 8. Adres strony www: | | | |
| 9. Nazwa banku: | | | |
| 10. Numer rachunku bankowego: | | | |
| 11. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego konkursem: | Imię i nazwisko: | | |
| | Stanowisko: | | |
| | Nr telefonu kontaktowego: | | |
| 12. Osoba odpowiedzialna za rozliczenie finansowe zadania objętego konkursem: | Imię i nazwisko: | | |
| | Stanowisko: | | |
| | Nr telefonu kontaktowego: | | |
| 13. 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)

| | | | | |
|--|-----------------|---------------------------|---|--|
| 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/EDUKACJĘ ON-LINE 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, pracownik rejestracji itp.):* | | |
| Lp. | Imię i nazwisko | Wykształcenie | Inne informacje mające znaczenie przy realizacji Programu |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |

| | |
|---|------------------------|
| IV. Kalkulacja kosztów: | |
| IV. A. Kalkulacja kosztu brutto szczepienia jednej osoby z wykorzystaniem szczepionki 9-waletnej (jedna dawka) uwzględniającego następujące składowe: | |
| Rodzaj kosztu | Wartość |
| 1. Badanie lekarskie kwalifikujące do szczepienia. | zł brutto |
| 2. Koszt zakupu szczepionki (1 dawka). | 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. Kalkulacja kosztu brutto szczepienia jednej osoby z wykorzystaniem szczepionki 4-waletnej (jedna dawka) uwzględniającego następujące składowe: | |
| 1. Badanie lekarskie kwalifikujące do szczepienia. | zł brutto |
| 2. Koszt zakupu szczepionki (1 dawka). | zł brutto |
| 3. Podanie szczepionki (w tym zużycie sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacja zużytego sprzętu medycznego i materiałów). | zł brutto |
| IV. C. Całkowite koszty brutto związane z realizacją Programu, inne niż koszty określone w pkt IV. A. i IV. B. formularza ofertowego (ogółem): | |
| 1. Koszty edukacji zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> ▪ spotkań informacyjno-edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych oraz mieszkańców powiatu poznańskiego lub edukacji on-line, ▪ prelekcji dla dziewcząt i chłopców lub prelekcja on-line ▪ opracowania, wydania i dystrybucji ulotek edukacyjnych. | zł brutto |

| | |
|---|------------------------|
| 2. Koszty promocyjne (w tym plakaty informacyjno-promocyjne, ulotki informacyjne, informacje w mediach oraz inne), 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 9-walentnej, w tym informacja o zastosowanym schemacie szczepienia <i>(załączyć kartę charakterystyki oferowanego produktu leczniczego oraz dokumenty potwierdzające, że stosowany produkt jest dopuszczony do obrotu).</i> | |
| 2. Nazwa szczepionki 4-walentnej, w tym informacja o zastosowanym schemacie szczepienia <i>(załączyć kartę charakterystyki oferowanego produktu leczniczego oraz dokumenty potwierdzające, że stosowany produkt jest dopuszczony do obrotu)</i> | |

| VI. Inne informacje: | | | |
|--|-------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Organizacja i sposób przeprowadzenia przedmiotowego Programu polityki zdrowotnej w 2021 r. w 17 gminach powiatu poznańskiego w zakresie: | | | |
| a) szczepień, | | | |
| b) edukacji zdrowotnej, w tym spotkań informacyjno-edukacyjnych, prelekcji lub edukacji on-line oraz materiałów dotyczących zapobiegania nowotworom szyjki macicy i innym chorobom wywołanym przez wirus brodawczaka ludzkiego HPV skierowanych do odbiorców Programu, | | | |
| c) działań informacyjno-promocyjnych dotyczących realizowanego Programu. | | | |
| 2. Doświadczenie oferenta w realizacji programów objętych przedmiotem konkursu: | | | |
| 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)

.....
(miejsowość, data, podpis osoby upoważnionej)