

FORMULARZ OFERTOWY

do konkursu ofert na realizację „Programu polityki zdrowotnej z zakresu
szczepień przeciwko grypie sezonowej dla mieszkańców
powiatu poznańskiego” w 2021 roku

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: <input type="text"/>
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:

Warunki takie jak dla gabinetu diagnostyczno-zabiegowego (zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa), a także dostępność do urządzeń odpowiednich do przechowywania szczepionek w warunkach zalecanych przez producenta (w szczególności zapewniający nieprzerwany łańcuch chłodniczy), materiały niezbędne do wykonania szczepienia oraz rozwiązania zapewniające gotowość do podjęcia działań na wypadek wystąpienia działań niepożądanych lub innej sytuacji zagrożenia dla zdrowia lub życia)

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 personalu przewidzianym do realizacji zadania objętego konkursem:**III A. Informacja o personalu medycznym:**

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

a) LEKARZ KWALIFIKUJĄCY DO SZCZEPIEŃ ¹⁾:

Lp.	Imię i nazwisko	Tytuł lub stopień naukowy	Uzyskane specjalizacje	Nr prawa wykonywania zawodu	Gmina/y ²⁾
1.					
2.					
3.					
4.					

b) PIEŁĘGNIARKA POSIADAJĄCA KWALIFIKACJE DO WYKONYWANIA SZCZEPIEŃ POTWIERDZONE ZAŚWIADCZENIEM O ODBYCIU STOSOWNEGO KURSU W ZAKRESIE SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH ¹⁾:

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu	Nr i data zaświadczenia o ukończeniu kursu	Gmina/y ³⁾
1.					
2.					
3.					

4.					
III B. Informacja o innym personelu przewidzianym do realizacji Programu (w tym m.in. w ramach działań edukacyjnych i administracyjno-organizacyjnych) ¹⁾:					
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Inne informacje mające znaczenie przy realizacji Programu (np. doświadczenie, zakres zadań)		
1.					
2.					
3.					

IV. Kalkulacja całkowitego kosztu brutto zaszczepienia jednej osoby przeciwko grypie oraz kosztów pozostałych elementów Programu tj. działań edukacyjnych, promocyjno-informacyjnych oraz administracyjno-organizacyjnych (k_j)		
Poszczególne składowe całkowitego kosztu brutto zaszczepienia jednej osoby przeciwko grypie oraz pozostałych elementów Programu:	% udział danej grupy kosztów	Wartość brutto
1. Koszty szczepienia, w tym:	70% zł
a) koszt badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia	 zł
b) koszt zakupu szczepionki	 zł
c) koszt podania szczepionki (w tym zużycie sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacja zużytego sprzętu medycznego i materiałów)	 zł
2. Koszty edukacji i koszty promocyjno-informacyjne, w tym:	20% zł
a) koszt edukacji personelu (w tym szkolenie dla personelu)		
b) koszt edukacji pacjenta (w tym opracowanie, wydanie i dystrybucja ulotek edukacyjnych)		
c) koszt działań informacyjno-promocyjnych (w tym plakaty, informacje w mediach, na stronie internetowej)		
3. Koszty administracyjno-organizacyjne (w tym zbieranie i przetwarzanie danych związanych z monitorowaniem oraz ewaluacją Programu), a także inne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu.	10% zł
Razem (suma pkt 1-3)	100% zł

V. Maksymalna liczba osób do zaszczepienia w ramach „Programu polityki zdrowotnej z zakres szczepień przeciwko grypie sezonowej dla mieszkańców powiatu poznańskiego”, przy uwzględnieniu kalkulacji kosztu jednostkowego określonego w punkcie IV oraz możliwości oferenta (w tym dostępność personelu, szczepionek)	
--	--

VI. Informacja o szczepionce:

1. Nazwa szczepionki stosowanej w sezonie epidemicznym 2021/2022
(załączyć kartę charakterystyki oferowanego produktu leczniczego oraz dokumenty potwierdzające, że stosowany produkt jest dopuszczony do obrotu).

VII. Inne informacje:**1. Organizacja i sposób przeprowadzenia przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w 2021 r. w zakresie:**

a) szczepień,

b) edukacji,

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 ¹⁾:

Nazwa Programu	Rok realizacji Programu	Miejsce realizacji Programu	Wielkość populacji objętej Programem

1) w miarę potrzeby możliwe jest dodanie kolejnych wierszy

2) należy określić gminę/y na terenie której/których wskazana osoba będzie kwalifikowała do szczepień

3) należy określić gminę/y na terenie której/których wskazana osoba będzie wykonywała szczepienie

.....
 (pieczęć oferenta)

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