Załącznik nr 4 do uchwały Nr 3540/2022

Zarządu Powiatu w Poznaniu

z dnia 27 października 2022 r.

FORMULARZ OFERTOWY

**do konkursu ofert na realizację:**

„***Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkanek powiatu poznańskiego”* w latach 2022-2023**

|  |
| --- |
| **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. 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. Koordynator Programu: | Imię i nazwisko: |  |
| Nr telefonu kontaktowego: |  |
| E-mail: |  |
| 14. Oświadczenie o braku wymagalnych zobowiązań wobec Powiatu Poznańskiego |  |

|  |
| --- |
| **II. Informacja o bazie sprzętowej, aparaturze i warunkach lokalowych:** |
| 1. Wykaz rodzaju sprzętui aparatury posiadanych przez oferenta, wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń objętych przedmiotem umowy. |  |
| 2. Oświadczenie, że sprzęti aparatura, używane do realizacji Programu, spełniają wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa (w tym w odniesieniu do mammobusu). |  |
| 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.** |  **Technik wykonujący badanie mammograficzne\*:** |
| Lp. | **Imię i nazwisko**  | **Wykształcenie** | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Informacje dotyczące szkolenia z zakresu kontroli jakości mammografii** | **Informacje o doświadczeniu w wykonywaniu mammografii** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| **B.** | **Lekarz oceniający i opisujący badanie mammograficzne\*:** |
| Lp. | **Imię i nazwisko**  | **Specjalizacja** | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Doświadczenie w wykonywaniu mammografii** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| **C.** | **Lekarz przeprowadzający konsultacje\*:** |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Specjalizacja** | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Doświadczenie zawodowe**  |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| **D.** | **Lekarz wykonujący badanie USG piersi\*:** |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Specjalizacja** | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Inne informacje, w tym dotyczące uprawnień ultrasonograficznych** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| **E.** | **Osoba prowadząca edukację indywidualną wraz z nauką samobadania piersi\*:** |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie** | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Doświadczenie w prowadzeniu edukacji zdrowotnej** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| **F.** | **Osoba kwalifikująca do udziału w Programie\*:** |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie** | **Doświadczenie w kwalifikowaniu do wykonania mammografii** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| **G.** | **Inny personel uczestniczący w realizacji Programu, w tym koordynator Programu\*:** |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie** | **Inne informacje mające znaczenie przy realizacji Programu, w tym doświadczenie w realizacji zadań** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

|  |
| --- |
| **IV. Kalkulacja kosztów:** |
| **Rodzaj kosztu** | **Liczba** | **Koszt jednostkowy** **brutto** | **Koszt całkowity** |
| **A. Kalkulacja kosztu brutto indywidualnej edukacji zdrowotnej oraz wykonania badania mammograficznego z opisem :** |
| 1. Koszt Indywidualnej edukacji zdrowotnej wraz z instruktażem samobadania piersi (test wiedzy przed i po edukacji oraz weryfikacja umiejętności samobadania piersi)
 |  |  |  |
| 2. Koszt wykonania badań mammograficznych wraz z opisem |  |  |  |
| **Razem koszt brutto indywidualnej edukacji zdrowotnej oraz wykonania badania mammograficznego (suma pkt. 1-2)** |  |
| **B. Koszty brutto konsultacji lekarskiej wraz z badaniem klinicznym oraz USG piersi** |
| 1. Kosztkonsultacji lekarskiej wraz z badaniem klinicznym |  |  |  |
| 1. Koszt badania USG piersi z opisem
 |  |  |  |
| **Razem koszty brutto konsultacji lekarskiej wraz z badaniem klinicznym oraz USG piersi wraz z opisem (suma pkt 1-2)**  |  |
| **C. Koszt opracowania, druku i dystrybucji ulotek edukacyjnych** |  |
| **D. Koszty promocyjno-informacyjne (w tym m.in. plakaty, informacje w mediach)** |  |
| **E. Koszty działań administracyjno-organizacyjnych, w tym rejestracji, kwalifikacja, zbierania i przetwarzania danych związanych z monitorowaniem i ewaluacją Programu, koordynatora Programu oraz inne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu (np. koszty księgowości, koszty pocztowe, telefoniczne, prądu)** |  |
| **Razem koszty pkt. C-E, nie więcej niż 70 000, 00 zł** |  |
| **Razem koszt realizacji Program pkt. A-E, nie więcej niż 300 000, 00 zł** |  |

|  |
| --- |
| **V. Informacja o planowanej maksymalnej liczbie badań/konsultacji możliwych do przeprowadzenia w ramach Programu:** |
| 1. liczba badań mammograficznych
 |  |
| 1. liczba konsultacji lekarskiej wraz z badaniem klinicznym/USG
 |  |

|  |
| --- |
| **VI. Organizacja i sposób przeprowadzenia przedmiotowego programu oraz dostępność do świadczeń w zakresie:** |
| 1. badań mammograficznych w pracowni mobilnej, w tym liczba wyjazdów do poszczególnych gmin,
 |  |
| 1. badań mammograficznych w pracowni stacjonarnej, w tym liczba dni i godzin pracy
 |  |
| 1. konsultacji lekarskiej wraz z badaniem klinicznym i USG,

w tym liczba dni i godzin pracy |  |
| 1. edukacji indywidualnej
 |  |
| 1. rejestracji
 |  |
| 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 | Podmiot finansujący Program |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **VII. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty:** |
|  |

\*w miarę potrzeby możliwe jest dodanie kolejnych wierszy

|  |  |
| --- | --- |
| *…………………………………………* | *………………………………………………………………………………….* |
| *(pieczęć oferenta)* | *(miejscowość, data, podpis osoby upoważnionej)* |