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 sprzętu i aparatury posiadanych przez oferenta, wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń objętych przedmiotem umowy. |  |
| 2. Oświadczenie, że sprzęt i 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)* |