

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 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. 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. Koszt konsultacji lekarskiej wraz z badaniem klinicznym			
2. 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:

a) liczba badań mammograficznych	
b) liczba konsultacji lekarskiej wraz z badaniem klinicznym/USG	

VI. Organizacja i sposób przeprowadzenia przedmiotowego programu oraz dostępność do świadczeń w zakresie:

a) badań mammograficznych w pracowni mobilnej, w tym liczba wyjazdów do poszczególnych gmin,	
b) badań mammograficznych w pracowni stacjonarnej, w tym liczba dni i godzin pracy	
c) konsultacji lekarskiej wraz z badaniem klinicznym i USG, w tym liczba dni i godzin pracy	
d) edukacji indywidualnej	
e) rejestracji	

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	Podmiot finansujący Program

VII. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty:

*w miarę potrzeby możliwe jest dodanie kolejnych wierszy

.....
(pieczęć oferenta)

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