

FORMULARZ OFERTOWY
do konkursu ofert na realizację:

**„Programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania wad wzroku
u dzieci z powiatu poznańskiego” w 2024 r.**

I. Dane o ofercie:			
1. Nazwa oferenta:			
2. NIP:			
3. REGON:			
4. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:			
5. Nr z Krajowego Rejestru Sądowego lub Ewidencji Działalności Gospodarczej:			
6. Adres:	Miejscowość:		
	Ulica:		
	Nr:		Kod pocztowy:
7. Telefon:			
8. E-mail:			
9. Adres strony www:			
10. Nazwa banku:			
11. Numer rachunku bankowego:			
12. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego konkursem, upoważniona do składania wyjaśnień do oferty:	Imię i nazwisko:		
	Stanowisko:		
	Nr telefonu kontaktowego:		
13. Osoba odpowiedzialna za rozliczenie finansowe zadania objętego konkursem:	Imię i nazwisko:		
	Stanowisko:		
	Nr telefonu kontaktowego:		
14. Koordynator Programu:	Imię i nazwisko:		
	Nr telefonu kontaktowego:		
	E-mail:		

15. Oświadczenie o braku wymagalnych zobowiązań wobec Powiatu Poznańskiego	
--	--

II. Dane o partnerze/partnerach (jeśli dotyczy - proszę uzupełnić, jeśli NIE - proszę wpisać: „nie dotyczy”	
Partner nr 1:	
1. Nazwa partner:	
2. NIP:	
3. REGON:	
4. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:	
5. Nr z Krajowego Rejestr Sądowego lub Ewidencji Działalności Gospodarczej:	
6. Adres:	
7. Telefon:	
8. E-mail:	
9. Adres strony www:	
Partner nr 2:	
1. Nazwa partner:	
2. NIP:	
3. REGON:	
4. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:	
5. Nr z Krajowego Rejestr Sądowego lub Ewidencji Działalności Gospodarczej:	
6. Adres:	
7. Telefon:	
8. E-mail:	
9. Adres strony www:	

III. Informacja o warunkach lokalowych:	
1. Pomieszczenia, w których będą realizowane spotkania informacyjno-edukacyjne:	
2. Pomieszczenia, w których będą realizowane badania przesiewowe w ramach I etapu Programu:	
3. Gabinet okulistyczny spełniająca warunki zgodnie z przepisami prawa, w którym będą realizowane badania pogłębione w ramach II etapu Programu (należy wskazać adres):	

IV. 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 wykonujący badania przesiewowe, odpowiedzialny za wydanie zaleceń dotyczących dalszego postępowania (lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki posiadający m.in. 2-letnie doświadczenie w diagnozowaniu, różnicowaniu i leczeniu wad wzroku u dzieci) ¹⁾ :				
Lp.	Imię i nazwisko	Specjalizacja	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu wad wzroku u dzieci
1.				
2.				
B. Lekarz wykonujący badania na etapie pogłębionym w poradni okulistycznej, odpowiedzialny za wydanie zaleceń dotyczących dalszego postępowania (lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki posiadający m.in. 2-letnie doświadczenie w diagnozowaniu, różnicowaniu i leczeniu wad wzroku u dzieci) ¹⁾ :				
Lp.	Imię i nazwisko	Specjalizacja	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu wad wzroku u dzieci
1.				
2.				
C. Osoba prowadząca spotkania informacyjno-edukacyjne (lekarz okulista, optometrysta, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych) ¹⁾ :				
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu <i>(jeśli dotyczy)</i>	Doświadczenie zawodowe w zakresie działań informacyjno-edukacyjnych
1.				

2.				
D. Osoba odpowiedzialna za opracowanie filmu edukacyjnego i ulotek edukacyjnych (ekspert w zakresie okulistyki - lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki posiadający m.in. 2-letnie doświadczenie w diagnozowaniu, różnicowaniu i leczeniu wad wzroku u dzieci) ¹⁾ :				
Lp.	Imię i nazwisko	Specjalizacja	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu wad wzroku u dzieci
1.				
2.				
E. Inny personel uczestniczący w realizacji Programu, w tym koordynator Programu ¹⁾ :				
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Doświadczenie zawodowe	Zadania realizowane w ramach Programu
1.				
2.				

V. Kalkulacja kosztów:				
Lp.	Rodzaj kosztu	Maksymalna liczba osób objętych badaniami ²⁾	Koszt jednostkowy brutto	Koszt całkowity brutto
	Koszty bezpośrednie:			
1.	Koszt brutto badań przesiewowych obejmujących: badanie ostrości widzenia przy użyciu przenośnych tablic Snellena do dali i bliży, ocena położenia gałek ocznych, ocena widzenia barw	n =	p =	n x p =
2.	Koszt brutto badań pogłębionych realizowanych w poradni okulistycznej obejmujących: badanie ostrości widzenia przy użyciu tablic Snellena, badanie refrakcji przy użyciu autorefraktometru - po porażeniu akomodacji, badanie przedniego odcinka oka przy użyciu lampy szczelinowej, badanie dna oka, badanie długości gałki ocznej (w przypadku podejrzenia krótkowzroczności)	0,3 x n	b =	0,3 x n x b =
Suma kosztów bezpośrednich: 1. + 2.			
Lp.	Koszty pośrednie:	Koszt brutto		
1.	Koszty brutto kampanii informacyjno-promocyjnej (w tym plakaty, informacje w mediach)			
2.	Koszty brutto opracowania, wydrukowania i dystrybucji ulotek edukacyjnych (ulotki dla rodziców/opiekunów prawnych i nauczycieli oraz ulotki dla dzieci)			
3.	Koszty brutto spotkań informacyjno-edukacyjnych (z wykonaniem pre-testu i post-testu)			

4.	Koszty brutto filmu edukacyjnego (z wykonaniem pre-testu i post-testu on-line)	
5.	Koszty brutto administracyjno-organizacyjne i inne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu (np. koszty rejestracji, eksploatacyjne), koszty zbierania i przetwarzania danych niezbędnych do monitorowania i ewaluacji	
Suma kosztów pośrednich: 1. + 2. + 3. + 4. + 5. (nie więcej niż 60.000 zł brutto)		
SUMA kosztów całkowitych realizacji Programu tj. suma kosztów bezpośrednich oraz kosztów pośrednich (nie więcej niż 300 000, 00 zł brutto)		

VI. Organizacja i sposób przeprowadzenia przedmiotowego Programu w zakresie:	
1. kampanii informacyjno-promocyjnej	
2. przyjmowania zgłoszeń na badania	
3. spotkań informacyjno-edukacyjnych	
4. badań przesiewowych	
5. badań pogłębionych	

VII. Doświadczenie oferenta lub/i partnera w realizacji samorządowych programów w zakresie wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci:					
1) czy oferent lub/i partner uczestniczył/uczestniczyli w realizacji ww. programów (jeśli TAK - proszę uzupełnić pkt. 2, jeśli NIE - proszę wpisać: „nie dotyczy”)					
2) szczegółowe informacje o zrealizowanych/realizowanych przez oferenta lub/i partnera programach:					
Nazwa Programu	Wykonawca Programu	Rok/lata realizacji Programu	Wielkość populacji przebadanej w ramach Programu ³⁾	Wielkość populacji objętej edukacją w ramach Programu ⁴⁾	Podmiot finansujący Program

VIII. Informacje dotyczące doświadczenia oferenta lub/i partnera w zakresie diagnozowania i leczenia wad wzroku u dzieci w tym np. informacje dotycząca realizacji świadczeń w ramach umowy z NFZ.

-
- 1) w miarę potrzeby możliwe jest dodanie kolejnych wierszy
 - 2) Określając liczbę osób uczestniczących w I i II etapie Programu należy uwzględnić jednostkowe koszty poszczególnych interwencji oraz wysokość środków przeznaczonych na działania diagnostyczne. Program zakłada, że 30% dzieci przebadanych na etapie podstawowym będzie wymagało badań pogłębionych z uwagi na stwierdzone nieprawidłowości.
 - 3) Należy uwzględnić wyłącznie informacje o liczbie osób **już przebadanych** w ramach zrealizowanych Programów jak i Programów będących w trakcie realizacji.
 - 4) Należy uwzględnić wyłącznie informacje o liczbie osób **już objętych edukacją** w ramach zrealizowanych Programów jak i Programów będących w trakcie realizacji.

Uwaga: wszystkie pola w formularzu ofertowym powinny zostać uzupełnione (jeżeli dany punkt nie dotyczy oferenta lub ma wartość zerową należy wpisać odpowiednio „nie dotyczy” lub „0”).

Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w ofercie oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....

(pieczęć oferenta)

.....

(miejsowość, data, podpis osoby upoważnionej)