Załącznik nr 4 do uchwały Nr 4669/2024

Zarządu Powiatu w Poznaniu

z dnia 18 stycznia 2024 r.

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 oferencie:** | | | | |
| 1. Nazwa oferenta: |  | | | |
| 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: | 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: |  |
| 1. NIP: |  |
| 1. REGON: |  |
| 4. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: |  |
| 5. Nr z Krajowego Rejestr Sądowego lub Ewidencji Działalności Gospodarczej: |  |
| 1. Adres: |  |
| 1. Telefon: |  |
| 1. E-mail: |  |
| 1. 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 etap Programu: |  | |
| 1. Gabinet okulistyczny spełniająca warunki zgodnie  z przepisami prawa, w którym będą realizowane badania pogłębione w ramach II etapu Programu (należy wskazać adres): | Na terenie powiatu poznańskiego |  |
| Na terenie Poznania |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**  *(jeśli dotyczy)* | | | **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 okulistyczne 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 |  |
| 1. przyjmowania zgłoszeń na badania |  |
| 1. spotkań informacyjno-edukacyjnych |  |
| 1. badań przesiewowych |  |
| 1. 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”**) | | |  | | | |
| 1. szczegółowe informacje o zrealizowanych/realizowanych przez oferenta lub/i partneraprogramach: | | | | | | |
| Nazwa Programu | Wykonawca Programu | Rok/lata realizacji Programu | | Wielkość populacji przebadanej w ramach Programu3) | Wielkość populacji objętej edukacją  w ramach Programu4) | 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)* | *(miejscowość, data, podpis osoby upoważnionej)* |