

**FORMULARZ OFERTOWY**  
do konkursu ofert na realizację:

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

<b>I. Dane o ofercie:</b>			
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	
--	--

<b>II. Dane o partnerze/partnerach (jeśli dotyczy - proszę uzupełnić, jeśli NIE - proszę wpisać: „nie dotyczy”</b>	
<b>Partner nr 1:</b>	
1. Nazwa partner:	
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:	
7. Telefon:	
8. E-mail:	
9. Adres strony www:	
<b>Partner nr 2:</b>	
1. Nazwa partner:	
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:	
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):	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)				
<b>A. Lekarz wykonujący badania przesiewowe, odpowiedzialny za wydanie zaleceń dotyczących dalszego postępowania</b> (lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki posiadający m.in. 2-letnie doświadczenie w diagnozowaniu, różnicowaniu i leczeniu wad wzroku u dzieci) <sup>1)</sup> :				
Lp.	Imię i nazwisko	Specjalizacja	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu wad wzroku u dzieci
1.				
2.				
<b>B. Lekarz wykonujący badania na etapie pogłębionym w poradni okulistycznej, odpowiedzialny za wydanie zaleceń dotyczących dalszego postępowania</b> (lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki posiadający m.in. 2-letnie doświadczenie w diagnozowaniu, różnicowaniu i leczeniu wad wzroku u dzieci) <sup>1)</sup> :				
Lp.	Imię i nazwisko	Specjalizacja	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu wad wzroku u dzieci
1.				
2.				
<b>C. Osoba prowadząca spotkania informacyjno-edukacyjne</b> (lekarz okulista, optometrysta, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych) <sup>1)</sup> :				
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu <i>(jeśli dotyczy)</i>	Doświadczenie zawodowe w zakresie działań informacyjno-edukacyjnych
1.				

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

<b>V. Kalkulacja kosztów:</b>				
Lp.	Rodzaj kosztu	Maksymalna liczba osób objętych badaniami <sup>2)</sup>	Koszt jednostkowy brutto	Koszt całkowity brutto
	<b>Koszty bezpośrednie:</b>			
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 = .....
<b>Suma kosztów bezpośrednich: 1. + 2.</b>				
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	
<b>Suma kosztów pośrednich: 1. + 2. + 3. + 4. + 5. (nie więcej niż 60.000 zł brutto)</b>		
<b>SUMA kosztów całkowitych realizacji Programu tj. suma kosztów bezpośrednich oraz kosztów pośrednich (nie więcej niż 300 000, 00 zł brutto)</b>		

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

<b>VII. Doświadczenie oferenta lub/i partnera w realizacji samorządowych programów w zakresie wczesnego wykrywania wad wzroku u dzieci:</b>					
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 <sup>3)</sup>	Wielkość populacji objętej edukacją w ramach Programu <sup>4)</sup>	Podmiot finansujący Program

<b>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.</b>

- 
- 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)*