

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

„Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców 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 (jeśli dotyczy - proszę uzupełnić, jeśli NIE - proszę wpisać: „nie dotyczy”):		
1.	Nazwa partnera:	
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 oraz wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną:		
1.	pomieszczenie, gdzie będzie można wykonać pomiar wzrostu i masy ciała pacjenta oraz przeprowadzić edukację zdrowotną	
2.	pracownia densytometryczna spełniająca ogólne warunki dla pracowni radiologicznych	
3.	komputer z kalkulatorem FRAX dla populacji polskiej	
4.	densytometr oceniający BMD kręgosłupa i kości udowej metodą DXA	
5.	gabinet lekarski, w którym realizowana będzie lekarska wizyta podsumowująca, spełniający warunki zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (należy wskazać adres)	Na terenie powiatu poznańskiego
		Na terenie m. Poznania

<b>IV.</b>	<b>Informacja o personalu przewidzianym do realizacji zadania objętego konkursem:</b> (Określenie liczby i kwalifikacji zawodowych osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu objętego przedmiotem konkursu)			
<b>A.</b>	<b>Osoba oceniająca ryzyko poważnego złamania osteoporotycznego</b> (personel medyczny posiadający odpowiedni poziom wiedzy do zakresu realizowanych w ramach Programu działań) <sup>1)</sup> :			
<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Wykształcenie</b>	<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>	<b>Doświadczenie zawodowe</b>
1.				
2.				
<b>B.</b>	<b>Technik elektroradiolog/elektroradiolog z certyfikatem do obsługi densytometru wykonujący badanie gęstości kości</b> <sup>1)</sup> :			
<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Wykształcenie</b>	<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>	<b>Doświadczenie zawodowe</b>
1.				
2.				
<b>C.</b>	<b>Lekarz przeprowadzający konsultacje</b> (lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub reumatologii, lub endokrynologii albo lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy) <sup>1)</sup> :			
<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Specjalizacja</b>	<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>	<b>Doświadczenie zawodowe w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy</b>
1.				
2.				
<b>D.</b>	<b>Osoba realizująca edukację zdrowotną</b> (lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych) <sup>1)</sup> :			
<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Wykształcenie</b>	<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>	<b>Doświadczenie zawodowe w zakresie realizacji działań informacyjno- edukacyjnych</b>
1.				
2.				
<b>E.</b>	<b>Osoba prowadząca szkolenie dla personelu</b> (lekarz, optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii, posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom) <sup>1)</sup> :			
<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Specjalizacja</b>	<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>	<b>Doświadczenie w diagnostyce, leczeniu,</b>

				różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy	
1.					
2.					
<b>F. Inny personel uczestniczący w realizacji Programu, w tym koordynator Programu <sup>1)</sup>:</b>					
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie zawodowe	Zadania realizowane w ramach Programu
1.					
2.					

<b>V. Kalkulacja kosztów:</b>				
Lp.	Rodzaj kosztu	Maksymalna liczba osób objętych działaniem <sup>2)</sup>	Koszt jednostkowy brutto	Koszt całkowity
	Koszty bezpośrednie:			
1.	Jednostkowy koszt brutto oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego na podstawie metody FRAX			
2.	Jednostkowy koszt brutto badania densytometrycznego (pomiar BMD za pomocą DXA)			
3.A.	Jednostkowy koszt brutto przeprowadzenia lekarskiej wizyty podsumowującej obejmującej omówienie wyników badania DXA, ponowne wykonanie oceny ryzyka złamania z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, zalecenia dotyczące dalszego postępowania (w przypadku teleporady koszt uwzględni również koszt połączenia telefonicznego oraz koszt przesłania na wskazany adres korespondencyjny wyniku badania oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania)			
3.B.	Jednostkowy koszt brutto opisu wyniku badania DXA, ponowne wykonanie oceny ryzyka poważnego złamania z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, zalecenia dotyczące dalszego postępowania wydane przez lekarza zostaną przesłane pocztą na wskazany przez świadczeniobiorcę adres korespondencyjny (w przypadku nie zrealizowania lekarskiej wizyty podsumowującej stacjonarnie oraz w formie teleporady) <sup>3)</sup>			
<b>Suma kosztów bezpośrednich: 1. + 2. + 3.A.</b>				
<b>Suma kosztów bezpośrednich: 1. + 2. + 3.B. <sup>3)</sup></b>				
<b>Koszty pośrednie:</b>		<b>Koszt brutto</b>		

1.	Koszty przygotowania i przeprowadzenia szkolenia/ szkoleń dla personelu medycznego (z wykonaniem pre-testu i post-testu)	
2.	Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej (w tym plakaty, informacje w mediach)	
3.	Koszty opracowania, wydrukowania i dystrybucji ulotek edukacyjnych	
4.	Koszty edukacji zdrowotnej realizowanej stacjonarnie podczas badania/konsultacji lekarskiej (edukacja bezpośrednia) oraz on-line w formie opracowanego i udostępnionego na stronie internetowej Wykonawcy Programu filmu edukacyjnego (z wykonaniem pre-testu i post-testu)	
5.	Koszty administracyjno-organizacyjne i inne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu (np. koszty rejestracji telefonicznej, wstępnej kwalifikacji do udziału w Programie z wykorzystaniem kalkulatora FRAX, eksploatacyjne), koszty zbierania i przetwarzania danych niezbędnych do ewaluacji i monitorowania	
<b>Suma kosztów pośrednich: 1. + 2. + 3. + 4. + 5. (nie więcej niż 50 000,00 zł brutto)</b>		
<b>SUMA kosztów całkowitych realizacji Programu tj. Suma kosztów bezpośrednich (1. + 2. + 3.A.)<sup>3)</sup> oraz kosztów pośrednich (1. + 2. + 3.+ 4. + 5.)</b>		

<b>VI.</b>	<b>Szczegółowe informacje dotyczące organizacji i sposób przeprowadzenia przedmiotowego Programu w zakresie:</b>	
1.	kampanii informacyjno-promocyjnej	
2.	szkolenia dla personelu medycznego	
3.	rejestracji	
4.	edukacji zdrowotnej	
5.	oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego	
6.	badania gęstości kości	
7.	konsultacji lekarskiej	

<b>VII.</b>	<b>Doświadczenie oferenta oraz opcjonalnie Partnera w realizacji samorządowych programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy.</b>	
1.	Czy <b>oferent</b> uczestniczył w realizacji ww. programów polityki zdrowotnej? (jeśli TAK - proszę uzupełnić pkt 2, jeśli NIE - proszę wpisać: „nie dotyczy”)	

2. Szczegółowe informacje o realizowanych przez oferenta programach <sup>1)</sup> :				
Nazwa Programu	Rok realizacji Programu	Wielkość populacji przebadanej w ramach Programu <sup>4)</sup>	Wielkość populacji objętej edukacją w ramach Programu <sup>5)</sup>	Podmiot finansujący Program
3. Czy <b>Partner</b> uczestniczył w realizacji ww. programów polityki zdrowotnej? (jeśli <b>TAK</b> - proszę <b>uzupełnić pkt 4</b> , jeśli <b>NIE</b> - proszę wpisać: „nie dotyczy”, jeśli oferent złożył ofertę samodzielnie - proszę wpisać: „nie dotyczy”)				
4. Szczegółowe informacje o realizowanych przez Partnera programach <sup>1)</sup> :				
Nazwa Programu	Rok realizacji Programu	Wielkość populacji przebadanej w ramach Programu <sup>4)</sup>	Wielkość populacji objętej edukacją w ramach Programu <sup>5)</sup>	Podmiot finansujący Program

<b>VIII. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty:</b>

- 1) W miarę potrzeby możliwe jest dodanie kolejnych wierszy.
- 2) Oferent określa maksymalną liczbę osób, które mogą uczestniczyć w Programie uwzględniając wskazane przez siebie koszty jednostkowe brutto poszczególnych działań (w Programie szacunkowo określono liczbę jego beneficjentów oraz koszty jednostkowe poszczególnych działań) oraz **maksymalną wysokość środków przeznaczonych na realizację Programu** (250 000, 00 zł, w tym nie więcej niż 50 000, 00 zł na koszty pośrednie).
- 3) Na etapie wdrożenia Programu zakłada się, że wszystkie osoby, u których zostanie wykonane badanie DXA wezmą udział w lekarskiej wizycie podsumowującej.
- 4) Należy uwzględnić wyłącznie informacje o liczbie osób już przebadanych w ramach zrealizowanych Programów jak i Programów będących w trakcie realizacji.
- 5) 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, pieczęć i podpis  
lub czytelny podpis osoby upoważnionej)