

FORMULARZ OFERTOWY
do konkursu ofert na realizację:

**„Programu polityki zdrowotnej z zakresu wczesnego wykrywania wad wzroku
u dzieci z powiatu poznańskiego” w roku szkolnym 2025/2026**

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

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:			
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 Rejestru Sądowego:		
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 Rejestru Sądowego:		
6.	Adres:		
7.	Telefon:		
8.	E-mail:		
9.	Adres strony www:		

III. Informacja o warunkach lokalowych:		
1.	Pomieszczenia, w których będą realizowane badania przesiewowe w ramach I etap Programu:	

2.	Gabinet okulistyczny spełniający 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.	Osoba wykonująca badania przesiewowe posiadająca m.in. 2-letnie doświadczenie w diagnozowaniu wad wzroku u dzieci (lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki/lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie okulistyki/optometrysta, z zastrzeżeniem, że optometrysta winien spełniać warunki określone w art. 2 ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych) ¹⁾ :			
Lp.	Imię i nazwisko	Specjalizacja (jeśli dotyczy)	Nr prawa wykonywania zawodu/ Identyfikator w Centralnym Rejestrze Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego	Doświadczenie w diagnozowaniu 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 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.				
D.	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 realizacji Programu:	w latach 2025-2026 (nie więcej niż 240 000, 00 zł)	w poszczególnych latach:	
			2025 r. (nie więcej niż 80 000,00 zł)	2026 r. (nie więcej niż 160 000,00 zł)
1.	Jednostkowy koszt brutto badań przesiewowych (I etap Programu) obejmujących: badanie ostrości widzenia przy użyciu przenośnych tablic Snellena do dali i bliży, ocenę położenia gałek ocznych (cover i uncover test), ocenę widzenia barw (p)			
2.	Jednostkowy koszt brutto badań pogłębianych (II etap Programu) 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) (b)			
3.	Maksymalna liczba osób uczestniczących w badaniach przesiewowych (I etap Programu) (n)- określa Oferent na podstawie przyjętych kosztów (p) oraz (b) przy uwzględnieniu maksymalnej wysokości środków przeznaczonych na realizację Programu umniejszoną o koszty wskazane w pkt 4.			
4.	Całkowity koszt brutto kampanii informacyjno-promocyjnej (w tym plakaty, informacje w mediach), działań informacyjno-edukacyjnych (film edukacyjny, ulotki dla rodziców/opiekunów prawnych i nauczycieli oraz ulotki dla dzieci) oraz administracyjno-organizacyjne i inne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu (np. koszty rejestracji, koszty eksploatacyjne, koszty zbierania i przetwarzania danych niezbędnych do monitorowania i ewaluacji) – w ramach Programu nie więcej niż 40 000, 00 zł (e)			
5.	Łączny koszt realizacji Programu $K = (p \times n) + (b \times n \times 0,3) + e$			

VI. Organizacja i sposób przeprowadzenia przedmiotowego Programu w zakresie:	
1.	kampanii informacyjno-promocyjnej

2.	przyjmowania zgłoszeń na badania	
3.	badan przesiewowych	
4.	badan 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 dotyczące 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 wskazanych przez Oferenta** 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.

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

.....
(pieczęć oferenta)

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