

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**do konkursu ofert na wybór realizatora**  
**„Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów**  
**gruczołu krokowego w powiecie poznańskim” w 2026 r. (pilotaż)**

**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”). Proszę nie usuwać wersów, kolumn, numeracji oraz tytułów.**

<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.	Adres do e-Doręczeń:		
8.	Telefon:		
9.	E-mail:		
10.	Adres strony www:		
11.	Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego konkursem, upoważniona do składania wyjaśnień do oferty:	Imię i nazwisko:	
		Stanowisko:	
		Nr telefonu kontaktowego:	
12.	Osoba odpowiedzialna za rozliczenie finansowe zadania objętego konkursem:	Imię i nazwisko:	
		Stanowisko:	
		Nr telefonu kontaktowego:	
13.	Koordynator Programu:	Imię i nazwisko:	
		Nr telefonu kontaktowego:	
		E-mail:	

<b>II.</b>	<b>Informacja o warunkach lokalowych oraz wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną:</b>	
<b>1.</b>	<b><u>Gabinety lekarskiej, gdzie będzie można przeprowadzić lekarską wizytę kwalifikującą z edukacją zdrowotną oraz lekarską wizytę kontrolną</u> (dopuszcza się możliwość realizacji ww. wizyt w mobilnym gabinecie podmiotu wykonującego działalność leczniczą spełniającym warunki zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa):</b>	
<b>A.</b>	<b>na terenie powiatu poznańskiego (min. 7 lokalizacji według grup gmin, dla każdej z grup min. jedna lokalizacja</b> (w przypadku realizacji w gabinetach stacjonarnych proszę określić nazwę podmiotu oraz adres gdzie będzie realizowana wizyta, w przypadku realizacji w gabinetach mobilnych proszę określić nazwę podmiotu):	
a.	<b>grupa gmin nr 1</b> obejmująca gminy: Buk, Dopiewo, Stęszew	
b.	<b>grupa gmin nr 2</b> obejmująca gminy: Czerwonak, Murowana Goślina	
c.	<b>grupa gmin nr 3</b> obejmująca gminy: Rokietnica, Suchy Las, Tarnowo Podgórne	
d.	<b>grupa gmin nr 4</b> obejmująca gminę: Swarzędz	
e.	<b>grupa gmin nr 5</b> obejmująca gminy: Luboń, Puszczykowo, Komorniki	
f.	<b>Grupa gmin nr 6</b> obejmująca gminy: Kórnik, Mosina	
g.	<b>grupa gmin nr 7</b> obejmująca gminy: Kleszczewo, Kostrzyn, Pobiedziska	
<b>B.</b>	<b>na terenie Poznania</b> (w przypadku realizacji w gabinetach stacjonarnych proszę określić nazwę podmiotu oraz adres, w przypadku realizacji w gabinetach mobilnych proszę określić nazwę podmiotu):	
<b>2.</b>	<b>Punkty pobrań materiału do badań laboratoryjnych:</b>	
<b>A.</b>	<b>na terenie powiatu poznańskiego (min. 7 lokalizacji według grup gmin, dla każdej z grup min. jedna lokalizacja, proszę określić nazwę podmiotu oraz adres punktu pobrań):</b>	
a.	<b>grupa gmin nr 1</b> obejmująca gminy: Buk, Dopiewo, Stęszew	
b.	<b>grupa gmin nr 2</b> obejmująca gminy: Czerwonak, Murowana Goślina	

c.	<b>grupa gmin nr 3</b> obejmująca gminy: Rokietnica, Suchy Las, Tarnowo Podgórne	
d.	<b>grupa gmin nr 4</b> obejmująca gminę: Swarzędz	
e.	<b>grupa gmin nr 5</b> obejmująca gminy: Luboń, Puszczykowo, Komorniki,	
f.	<b>grupa gmin nr 6</b> obejmująca gminy: Kórnik, Mosina	
g.	<b>grupa gmin nr 7</b> obejmująca gminy: Kleszczewo, Kostrzyn, Pobiedziska	
<b>B.</b>	<b>na terenie Poznania (min. jedna lokalizacja)</b>	
<b>3.</b>	<b>Medyczne laboratorium diagnostyczne, wpisane do rejestru Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z wyposażeniem niezbędnym dla wykonania pomiaru stężenia PSA (proszę określić nazwę podmiotu oraz jego adres):</b>	

<b>III.</b>	<b>Informacja o personelu 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>Lekarska wizyta kwalifikująca (indywidualna konsultacja lekarska<sup>1)</sup>:</b>			
<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>Edukacja zdrowotna podczas wizyty kwalifikującej<sup>1)</sup>:</b>			
<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>Pobranie krwi żyłnej do oznaczenia PSA<sup>1)</sup>:</b>			
<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Wykształcenie</b>	<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>	<b>Doświadczenie zawodowe</b>

1.					
2.					
<b>D. Oznaczenie stężenia PSA<sup>1)</sup>:</b>					
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie zawodowe	
1.					
2.					
<b>E. Lekarska wizyta kontrolna (konsultacja lekarska)<sup>1)</sup>:</b>					
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie zawodowe	
1.					
2.					
<b>F. Edukacja zdrowotna on-line (opracowanie merytoryczne filmu edukacyjnego) oraz opracowanie ulotek edukacyjnych<sup>1)</sup>:</b>					
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie zawodowe	
1.					
2.					
<b>G. Inny personel uczestniczący w realizacji Programu, w tym koordynator Programu, rejestrator/ka<sup>1)</sup>:</b>					
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie zawodowe	Zadania realizowane w ramach Programu
1.					
2.					

<b>IV. Kalkulacja cen:</b>	
<b>Kalkulacje cen jednostkowych brutto poszczególnych usług składających się na działanie bezpośrednie w zł:</b>	
1.	Cena brutto przeprowadzenia lekarskiej wizyty kwalifikującej wraz z edukacją zdrowotną (z wykonaniem pre-testu i post-testu wiedzy)
2.	Cena brutto przeprowadzenia badania przesiewowego (pobranie krwi do badania, pomiaru stężenia PSA)
3.	Cena brutto przeprowadzenia lekarskiej wizyty kontrolnej, w tym interpretacja wyniku badania przesiewowego, przekazanie zaleceń dotyczących dalszego postępowania (w sytuacji realizacji konsultacji lekarskiej z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych, cena

	uwzględnia również przesłanie pocztą na wskazany przez uczestnika Programu adres korespondencyjny lub adres e-mail wyniku badania wraz z jego interpretacją oraz zaleceniami dotyczącymi dalszego postępowania)	
4.	Maksymalna liczba osób uczestniczących w Programie <sup>2)</sup>	
5.	Cena brutto opisu wyniku badania oraz przekazanie zaleceń dotyczących dalszego postępowania (w przypadku nie zrealizowania lekarskiej wizyty kontrolnej stacjonarnie lub w formie teleporady dokumenty zostaną przesłane pocztą na wskazany przez świadczeniobiorcę adres e-mail lub adres korespondencyjny) <sup>3)</sup>	
6.	<b>Całkowita cena brutto poszczególnych działań bezpośrednich: (1. x 4.) + (2. x 4.) + (3. x 4.) (nie więcej niż 130.000,00 zł brutto)</b>	
<b>Ceny brutto usług składających się na działania pośrednie:</b>		
7.	Cena brutto kampanii informacyjno-promocyjnej (w tym plakaty, informacje w mediach)	
8.	Cena brutto opracowania, wydrukowania i dystrybucji ulotek edukacyjnych	
9.	Cena brutto edukacji zdrowotnej realizowanej on-line w formie opracowanego i udostępnionego na stronie internetowej Wykonawcy Programu filmu edukacyjnego (z wykonaniem pre-testu i post-testu wiedzy)	
10.	Cena brutto administracyjno-organizacyjne i inne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu (w tym np. rejestracja telefoniczna, wstępna kwalifikacji do udziału w Programie, zbierania i przetwarzania danych niezbędnych do ewaluacji i monitorowania Programu)	
11.	<b>Suma cen brutto usług składających się na działania pośrednie: 7. + 8. + 9. + 10. (nie więcej niż 20.000,00 zł brutto)</b>	
<b>Całkowita cena brutto realizacji Programu:</b>		
12.	<b>Całkowita cena brutto realizacji Programu tj. suma cen brutto poszczególnych działań bezpośrednich i suma cen brutto poszczególnych działań pośrednich: 6 + 11 (nie więcej niż 150.000,00 zł brutto)</b>	

<b>VI.</b>	<b>Szczegółowe informacje dotyczące organizacji i sposób przeprowadzenia przedmiotowego Programu (w tym np. kompleksowe rozwiązania umożliwiające uczestnikowi Programu realizację pełnej ścieżki interwencji) w zakresie:</b>	
1.	kampanii informacyjno-promocyjnej	
2.	rejestracji	
3.	lekarskiej wizyty kwalifikującej	

4.	indywidualnej edukacji zdrowotnej realizowanej podczas lekarskiej wizyty kwalifikującej	
5.	pobrania krwi do oznaczenia stężenia PSA	
6.	oznaczenia stężenia PSA	
7.	lekarskiej wizyty kontrolnej	
8.	edukacji zdrowotnej (film edukacyjny oraz ulotki edukacyjne)	

<b>VII.</b>	<b>Doświadczenie Oferenta w realizacji samorządowych programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego.</b>			
1.	Czy <b>Oferent</b> uczestniczył w realizacji ww. programów polityki zdrowotnej? (jeśli <b>TAK</b> - proszę <b>uzupełnić pkt 2</b> , jeśli <b>NIE</b> - proszę wpisać: „nie dotyczy”)			
2.	Szczegółowe informacje o realizowanych przez Oferenta programach <sup>1)</sup> :			
	<b>Nazwa Programu</b>	<b>Rok realizacji Programu</b>	<b>Wielkość populacji przebadanej w ramach Programu <sup>4)</sup></b>	<b>Wielkość populacji objętej edukacją w ramach Programu <sup>5)</sup></b>
<b>VIII.</b>	<b>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 ceny jednostkowe brutto poszczególnych działań** (w Programie szacunkowo określono liczbę jego beneficjentów oraz jednostkowe ceny brutto poszczególnych działań) oraz **maksymalną wysokość środków przeznaczonych na realizację Programu** (150.000,00 zł, w tym nie więcej niż 20.000,00 zł na działania pośrednie).
- 3) Na etapie wdrożenia Programu zakłada się, że wszystkie osoby, u których zostanie wykonane badanie przesiewowe (pomiar stężenia PSA) wezmą udział w lekarskiej wizycie kontrolnej.
- 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.

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

**Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

(pieczęć podmiotu składającego ofertę*)

(miejsowość i data)

(pieczęć* i podpis osoby upoważnionej/podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

\* należy uzupełnić w przypadku złożenia oferty w wersji papierowej

Nazwa Oferenta:	
Adres Oferenta:	

Miejscowość:	
Data:	

## Oświadczenie oferenta

Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję treść:

1. Rekomendacji nr 40/2025 z dnia 31 marca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworów gruczołu krokowego,
2. **„Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego w powiecie poznańskim” w 2026 r. (pilotaż)**, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 1946/2026 Zarządu Powiatu w Poznaniu z dnia 28 maja 2026 r.,
3. ogłoszenia, **„Szczegółowych warunków konkursu”** oraz projektu umowy o realizacji **„Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego w powiecie poznańskim” w 2026 r. (pilotaż)**,

jednocześnie wyrażam zgodę na przystąpienie do konkursu.

(pieczęć podmiotu składającego ofertę*)	(pieczęć* i podpis osoby upoważnionej/podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

\* należy uzupełnić w przypadku złożenia oferty w wersji papierowej

Nazwa Oferenta:	
Adres Oferenta:	

Miejscowość:	
Data:	

### Oświadczenie oferenta dotyczące spełnienia wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych

Oświadczam w imieniu

--

(nazwa podmiotu składającego ofertę)

spełnia wymogi lokalowe, sprzętowe i kadrowe, wymagane od świadczeniodawców zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie odpowiednim do przedmiotu konkursu, szczegółowych warunków konkursu oraz **„Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego w powiecie poznańskim” w 2026 r. (pilotaż)** stanowiącego załącznik do uchwały Nr 1946/2026 Zarządu Powiatu z dnia 28 maja 2026 r.

**Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

(pieczęć podmiotu składającego ofertę**)	(pieczęć** i podpis osoby upoważnionej/podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

\*wypełnić jeśli dotyczy

\*\* należy uzupełnić w przypadku złożenia oferty w wersji papierowej

Nazwa Oferenta:	
Adres Oferenta:	

Miejscowość:	
Data:	

## Oświadczenie oferenta dotyczące zrealizowania obowiązku informacyjnego

Działając w imieniu

--

(nazwa podmiotu składającego ofertę)

będącego *Administratorem danych osobowych* zawartych w *Formularzu ofertowym* złożonym w otwartym konkursie ofert na wybór realizatora **„Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego w powiecie poznańskim” w 2026 r. (pilotaż)** oświadczam, że wobec ww. osób został spełniony obowiązek informacyjny poprzez przedstawienie klauzuli informacyjnej określonej w załączniku do „Szczegółowych warunków konkursu”, wynikający z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE L 119 z 4.05.2016 r. ze zm.).

(pieczęć podmiotu składającego ofertę*)	(pieczęć* i podpis osoby upoważnionej/podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

\* należy uzupełnić w przypadku złożenia oferty w wersji papierowej

Nazwa Oferenta:	
Adres Oferenta:	

Miejscowość:	
Data:	

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

Działając w imieniu

--

(nazwa podmiotu składającego ofertę)

w związku z udziałem w otwartym konkursie ofert na wybór realizatora „**Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego w powiecie poznańskim**” w 2026 r. (pilotaż) oświadczam, iż:

- 1) w stosunku do podmiotu, który reprezentuje nie stwierdzono niezgodne z przeznaczeniem wykorzystaniem środków publicznych,
- 2) podmiot, który reprezentuje nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Powiatu Poznańskiego,
- 3) zadanie będące przedmiotem oferty nie będzie finansowane z innych źródeł.

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

(pieczęć podmiotu składającego ofertę*)	(pieczęć* i podpis osoby upoważnionej/podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

\* należy uzupełnić w przypadku złożenia oferty w wersji papierowej

<b>Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę</b>

<b>Miejscowość:</b>	
<b>Data:</b>	

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż **nie byłem karana/nie byłem karany\*** zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

(podpis osoby składającej oświadczenie)

\* niewłaściwe skreślić