

FORMULARZ OFERTOWY
do konkursu ofert na realizację:
*„Programu polityki zdrowotnej w zakresie
profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV” w 2020 r. (kontynuacja)*

I. Dane o ofercie:			
1. Nazwa oferenta:			
2. NIP:			
3. REGON:			
4. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i rejestru sądowego (załączyć aktualne wyciągi z rejestrów).			
5. Adres:	Miejscowość:		
	Ulica:		
	Nr:		Kod pocztowy:
6. Telefon:			
7. Faks:			
8. E-mail:			
9. Adres strony www:			
10. Nazwa banku:			
11. Numer rachunku bankowego:			
12. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego konkursem:	Imię i nazwisko:		
	Stanowisko:		
	Nr telefonu kontaktowego:		
13. Osoba odpowiedzialna za rozliczenie finansowe zadania objętego konkursem:	Imię i nazwisko:		
	Stanowisko:		
	Nr telefonu kontaktowego:		
14. Oświadczenie o braku przeterminowanych zobowiązań wobec Powiatu Poznańskiego			

II. Informacja o bazie sprzętowej i warunkach lokalowych:

1. Wykaz rodzaju sprzętu i materiałów medycznych posiadanych przez oferenta, wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń objętych przedmiotem umowy.	
2. Oświadczenie, że sprzęt i materiały medyczne, używane do realizacji Programu, spełniają wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa.	
3. Warunki lokalowe niezbędne do realizacji zadania objętego konkursem.	

III. Informacja o personalu przewidzianym do realizacji zadania objętego konkursem:

(Określenie liczby i kwalifikacji zawodowych osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu objętego przedmiotem konkursu)

a)	LEKARZ KWALIFIKUJĄCY DO SZCZEPIEŃ*:			
Lp.	Imię i nazwisko	Tytuł lub stopień naukowy	Uzyskane specjalizacje	Nr prawa wykonywania zawodu
1.				
2.				
3.				
4.				
b)	PIELĘGNIARKA POSIADAJĄCA KWALIFIKACJE DO WYKONYWANIA SZCZEPIEŃ POTWIERDZONE ZAŚWIADCZENIEM O ODBYCIU STOSOWNEGO KURSU*:			
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu	Nr i data zaświadczenia o ukończeniu kursu w zakresie szczepień ochronnych
1.				
2.				
3.				
4.				
c)	OSOBY, KTÓRE BĘDĄ PROWADZIŁY SPOTKANIA INFORMACYJNE-EDUKACYJNE ORAZ PRELEKCJE W RAMACH PROGRAMU OBJĘTEGO PRZEDMIOTEM KONKURSU*:			
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Inne informacje mające znaczenie przy realizacji Programu	

1.			
2.			
3.			
4.			
d)	INNY PERSONEL PRZEWDZINY DO REALIZACJI PROGRAMU (np. pracownik administracyjny, rejestratorka i itp.):*		
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Inne informacje mające znaczenie przy realizacji Programu
1.			
2.			
3.			
4.			

IV. Kalkulacja kosztów:

IV. A. Kalkulacja kosztu całkowitego realizacji szczepienia 1 osoby (pełen cykl obejmujący podanie trzech dawek) brutto uwzględniającego następujące składowe:

Rodzaj kosztu	Wartość
1. Badanie lekarskie kwalifikujące do szczepienia. zł brutto
2. Koszt zakupu szczepionek w ramach pełnego cyklu szczepienia zgodnie z obowiązującymi zaleceniami producenta szczepionki. zł brutto
3. Podanie szczepionki (w tym zużycie sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacja zużytego sprzętu medycznego i materiałów). zł brutto
Razem (suma pkt 1-3) zł brutto

IV B. Całkowite koszty brutto związane z realizacją Programu, inne niż koszty określone w pkt IV A formularza ofertowego (ogółem):

1. Koszty edukacji zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> ▪ spotkań informacyjno-edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych oraz mieszkańców powiatu poznańskiego, ▪ prelekcji dla dziewcząt i chłopców, ▪ opracowania, wydania ulotek edukacyjnych. zł brutto
2. Koszty promocyjne (w tym plakaty informacyjno-promocyjne oraz inne np. informacje w mediach), administracyjno-biurowe, pocztowe i inne niezbędne do prawidłowej realizacji Programu. zł brutto
Razem (suma pkt 1-2) nie więcej niż 40 000,00 zł zł brutto

V. Informacja o szczepionce:

1. Nazwa szczepionki,
(załączyć kartę charakterystyki oferowanego produktu leczniczego oraz dokumenty potwierdzające, że stosowany produkt jest dopuszczony do obrotu)

VI. Inne informacje:

1. Organizacja i sposób przeprowadzenia przedmiotowego Programu polityki zdrowotnej w 2020 r. w 17 gminach powiatu poznańskiego w zakresie:

a) szczepień,	
b) edukacji zdrowotnej, w tym spotkań informacyjno-edukacyjnych, prelekcji oraz materiałów dotyczących zapobiegania nowotworom szyjki macicy i innym chorobom wywołanym przez wirus brodawczaka ludzkiego HPV skierowanych do odbiorców Programu,	
c) działań informacyjno-promocyjnych dotyczących realizowanego Programu.	

2. Doświadczenie oferenta w realizacji programów objętych przedmiotem konkursu:

a) czy oferent uczestniczył w realizacji ww. programów w okresie trzech ostatnich lat? (jeśli TAK - proszę uzupełnić pkt VI.2b, jeśli NIE - proszę wpisać: „nie dotyczy”)	
---	--

b) szczegółowe informacje o realizowanych przez oferenta programach*:

Nazwa Programu	Rok realizacji Programu	Miejsce realizacji Programu	Wielkość populacji objętej Programem

*w miarę potrzeby możliwe jest dodanie kolejnych wierszy

.....
(pieczęć oferenta)

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