Załącznik nr 4 do uchwały Nr 2500/2021

Zarządu Powiatu w Poznaniu

z dnia 21 września 2021 r.

FORMULARZ OFERTOWY

**do konkursu ofert na realizację „Programu polityki zdrowotnej z zakresu
*szczepień przeciwko grypie sezonowej dla mieszkańców
powiatu poznańskiego”* w 2021 roku**

|  |
| --- |
| **I. Dane o oferencie:** |
| 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. E-mail: |  |
| 8. Adres strony www: |  |
| 9. Nazwa banku: |  |
| 10. Numer rachunku bankowego: |  |
| 11. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego konkursem: | Imię i nazwisko: |  |
| Stanowisko: |  |
| Nr telefonu kontaktowego: |  |
| 12. Osoba odpowiedzialna za rozliczenie finansowe zadania objętego konkursem:  | Imię i nazwisko: |  |
| Stanowisko: |  |
| Nr telefonu kontaktowego: |  |
| 13. Oświadczenie o braku przeterminowanych zobowiązań wobec Powiatu Poznańskiego |  |

|  |
| --- |
| **II. Informacja o bazie sprzętowej i warunkach lokalowych:**Warunki takie jak dla gabinetu diagnostyczno-zabiegowego (zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa), a także dostępność do urządzeń odpowiednich do przechowywania szczepionek w warunkach zalecanych przez producenta (w szczególności zapewniający nieprzerwany łańcuch chłodniczy), materiały niezbędne do wykonania szczepienia oraz rozwiązania zapewniającego gotowość do podjęcia działań na wypadek wystąpienia działań niepożądanych lub innej sytuacji zagrożenia dla zdrowia lub życia) |
| 1. Wykaz rodzaju sprzętui materiałów medycznych posiadanych przez oferenta, wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń objętych przedmiotem umowy. |  |
| 2. Oświadczenie, że sprzęti 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 personelu przewidzianym do realizacji zadania objętego konkursem:**  |
| **III A. Informacja o personelu medycznym:**(Określenie liczby i kwalifikacji zawodowych osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu objętego przedmiotem konkursu) |
|  | **LEKARZ KWALIFIKUJĄCY DO SZCZEPIEŃ 1):** |
| Lp. | **Imię i nazwisko**  | **Tytuł lub stopień naukowy** | **Uzyskane specjalizacje** | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Gmina/y2)** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| b) | **PIELĘGNIARKA POSIADAJĄCA KWALIFIKACJE DO WYKONYWANIA SZCZEPIEŃ POTWIERDZONE ZAŚWIADCZENIEM O ODBYCIU STOSOWNEGO KURSU W ZAKRESIE SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH 1):** |
| Lp. | **Imię i nazwisko**  | **Wykształcenie** | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Nr i data zaświadczenia o ukończeniu kursu**  | **Gmina/y3)** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| **III B. Informacja o innym personelu przewidzianym do realizacji Programu (w tym m.in. w ramach działań edukacyjnych i administracyjno-organizacyjnych) 1):** |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie** | **Inne informacje mające znaczenie przy realizacji Programu (np. doświadczenie, zakres zadań)** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

|  |
| --- |
| **IV. Kalkulacja całkowitego kosztu brutto zaszczepienia jednej osoby przeciwko grypie oraz kosztów pozostałych elementów Programu tj. działań edukacyjnych, promocyjno-informacyjnych oraz administracyjno-organizacyjnych (kj)** |
| **Poszczególne składowe całkowitego kosztu brutto zaszczepienia jednej osoby przeciwko grypie oraz pozostałych elementów Programu:** | **% udział danej grupy kosztów** | **Wartość brutto** |
| 1. **Koszty szczepienia, w tym:**
 | **70%** | **……………… zł** |
| 1. koszt badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia
 | ……………… zł  |
| 1. koszt zakupu szczepionki
 | ……………… zł  |
| 1. koszt podania szczepionki (w tym zużycie sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacja zużytego sprzętu medycznego i materiałów)
 | ……………… zł  |
| 1. **Koszty edukacji i koszty promocyjno-informacyjne, w tym:**
 | **20%** | **……………… zł**  |
| 1. koszt edukacji personelu (w tym szkolenie dla personelu)
 |  |
| 1. koszt edukacji pacjenta (w tym opracowanie, wydanie i dystrybucja ulotek edukacyjnych)
 |  |
| 1. koszt działań informacyjno-promocyjnych (w tym plakaty, informacje w mediach, na stronie internetowej)
 |  |
| 1. **Koszty administracyjno-organizacyjne (w tym zbieranie i przetwarzanie danych związanych z monitorowaniem oraz ewaluacją Programu), a także inne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu.**
 | **10%** | **……………… zł**  |
| **Razem (suma pkt 1-3)**  | **100%** | **……………… zł**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **V.** **Maksymalna liczba osób do zaszczepienia w ramach „*Programu polityki zdrowotnej z zakres szczepień przeciwko grypie sezonowej dla mieszkańców powiatu poznańskiego”, przy uwzględnieniu kalkulacji kosztu jednostkowego określonego w punkcie IV oraz możliwości oferenta (w tym dostępność personelu, szczepionek)*** |  |

|  |
| --- |
| **VI. Informacja o szczepionce:** |
| 1. Nazwa szczepionki stosowanej w sezonie epidemicznym 2021/2022(***załączyć kartę charakterystyki oferowanego produktu leczniczego oraz dokumenty potwierdzające, że stosowany produkt jest dopuszczony do obrotu***). |  |

|  |
| --- |
| **VII. Inne informacje**: |
| 1. **Organizacja i sposób przeprowadzenia przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w 2021 r. w zakresie:**
 |
| 1. szczepień,
 |  |
| 1. edukacji,
 |  |
| 1. działań informacyjno-promocyjnych dotyczących realizowanego Programu
 |  |
| **2. Doświadczenie oferenta w realizacji programów objętych przedmiotem konkursu:** |
| 1. 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”)
 |  |
| 1. Szczegółowe informacje o realizowanych przez oferenta programach **1)**:
 |
| Nazwa Programu | Rok realizacji Programu | Miejsce realizacji Programu | Wielkość populacji objętej Programem |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. w miarę potrzeby możliwe jest dodanie kolejnych wierszy
2. należy określić gminę/y na terenie której/których wskazana osoba będzie kwalifikowała do szczepień
3. należy określić gminę/y na terenie której/których wskazana osoba będzie wykonywała szczepienie

|  |  |
| --- | --- |
| *…………………………………………* | *………………………………………………………………………………….* |
| *(pieczęć oferenta)* | *(miejscowość, data, podpis osoby upoważnionej)* |