

**FORMULARZ OFERTOWY**  
do konkursu ofert na realizację:  
*„Programu polityki zdrowotnej z zakresu  
profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)” w 2022 r.*

<b>I. Dane o ofercie:</b>			
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: <input type="text"/>
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. Koordynator Programu:	Imię i nazwisko:		
	Nr telefonu kontaktowego:		
	E-mail:		

14. Oświadczenie o braku wymagalnych zobowiązań wobec Powiatu Poznańskiego	
--	--

<b>II. Informacja o bazie sprzętowej i warunkach lokalowych:</b>	
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.	

<b>III. 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. LEKARZ KWALIFIKUJĄCY DO SZCZEPIEŃ*:</b>				
Lp.	Imię i nazwisko	Tytuł lub stopień naukowy	Uzyskane specjalizacje	Nr prawa wykonywania zawodu
1.				
2.				
3.				
4.				
<b>B. OSOBA POSIADAJĄCA KWALIFIKACJE DO WYKONYWANIA SZCZEPIEŃ POTWIERDZONE ZAŚWIADCZENIEM O ODBYCIU STOSOWNEGO KURSU/SZKOLENIA*:</b>				
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu	Nr i data zaświadczenia o ukończeniu kursu/szkolenia w zakresie szczepień ochronnych
1.				
2.				

3.			
4.			
C.	<b>OSOBY, KTÓRE BĘDĄ PROWADZIŁY SZKOLENIE DLA PERSONELU ORAZ EDUKACJĘ ON-LINE W RAMACH PROGRAMU OBJĘTEGO PRZEDMIOTEM KONKURSU*:</b>		
Lp.	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Wykształcenie</b>	<b>Inne informacje mające znaczenie przy realizacji Programu, w tym doświadczenie dydaktyczne</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
D.	<b>INNY PERSONEL PRZEWIDZINY DO REALIZACJI PROGRAMU (w tym koordynator Programu, pracownik rejestracji itp.)*:</b>		
Lp.	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Wykształcenie</b>	<b>Inne informacje mające znaczenie przy realizacji Programu, w tym doświadczenie w realizacji zadań</b>
1.			
2.			
3.			
4.			

<b>IV. Kalkulacja kosztów:</b>	
<b>IV. A. Kalkulacja kosztu brutto szczepienia jednej osoby z wykorzystaniem szczepionki 9-walentnej (jedna dawka) uwzględniającego następujące składowe:</b>	
<b>Rodzaj kosztu</b>	<b>Wartość</b>
1. Badanie lekarskie kwalifikujące do szczepienia.	..... zł brutto
2. Koszt zakupu szczepionki (1 dawka).	..... zł brutto
3. Podanie szczepionki (w tym zużycie sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacja zużytego sprzętu medycznego i materiałów).	..... zł brutto
<b>Razem (suma pkt 1-3)</b>	<b>..... zł brutto</b>
<b>IV. B. Całkowite koszty brutto związane z realizacją Programu, inne niż koszty określone w pkt IV. A. formularza ofertowego (ogółem):</b>	
<b>1. Koszty edukacji zdrowotnej:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ szkolenie dla personelu uczestniczącego w realizacji Programu,</li> <li>▪ film edukacyjny,</li> <li>▪ opracowania, wydania i dystrybucji ulotek edukacyjnych.</li> </ul>	..... zł brutto

2. <b>Koszty promocyjno-informacyjne</b> (w tym plakaty informacyjno-promocyjne, informacje w mediach), <b>koszty administracyjno-organizacyjne</b> (w tym zbieranie i przetwarzanie danych związanych z monitorowaniem i ewaluacją Programu, koordynator Programu) oraz inne niezbędne do prawidłowej realizacji Programu.	..... zł brutto
<b>Razem (suma pkt 1-2) nie więcej niż 65 000,00 zł</b>	<b>..... zł brutto</b>

<b>V. Informacja o szczepionce:</b>	
1. Nazwa szczepionki 9-walentnej, w tym informacja o zastosowanym schemacie szczepienia <i>(załączyć kartę charakterystyki oferowanego produktu leczniczego oraz dokumenty potwierdzające, że stosowany produkt jest dopuszczony do obrotu).</i>	

<b>VI. Inne informacje:</b>			
1. Organizacja i sposób przeprowadzenia przedmiotowego Programu polityki zdrowotnej w 2022 r. w 17 gminach powiatu poznańskiego w zakresie:			
a) szczepień,			
b) edukacji zdrowotnej, (szkolenie dla personelu, film edukacyjny oraz ulotki edukacyjne)			
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)

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