Załącznik nr 4 do uchwały Nr 3948/2023

Zarządu Powiatu w Poznaniu

z dnia 22 marca 2023 r.

FORMULARZ OFERTOWY

**do konkursu ofert na realizację:   
*„Programu polityki zdrowotnej z zakresu  
profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)” w 2023 r.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. Koordynator Programu: | Imię i nazwisko: | |  | |
| Nr telefonu kontaktowego: | |  | |
| E-mail: | |  | |
| 14. Oświadczenie o braku wymagalnych 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, zgodnie  z przepisami prawa. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. 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. | **LEKARZ KWALIFIKUJĄCY DO SZCZEPIEŃ\*:** | | | |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Tytuł lub stopień naukowy** | **Uzyskane specjalizacje** | **Nr prawa wykonywania zawodu** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| B. | **OSOBA POSIADAJĄCA KWALIFIKACJE DO WYKONYWANIA SZCZEPIEŃ POTWIERDZONE ZAŚWIADCZENIEM O ODBYCIU STOSOWNEGO KURSU/SZKOLENIA\*:** | | | |
| 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. | **OSOBY ODPOWIEDZIALNE ZA REALIZACJĘ EDUKACJI (SZKOLENIE/A DLA PERSONELU, SPOTKANIA EDUKACYJNE DLA OSÓB URODZONYCH W 2009 R., ICH RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH, EDUKACJA REALZOWANA ON-LINE)\*:** | | | |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie** | **Inne informacje mające znaczenie przy realizacji Programu, w tym doświadczenie dydaktyczne** | |
| 1. |  |  |  | |
| 2. |  |  |  | |
| 3. |  |  |  | |
| 4. |  |  |  | |
| D. | **INNY PERSONEL PRZEWIDZINY DO REALIZACJI PROGRAMU** (w tym koordynator Programu, pracownik rejestracji itp.)**\*:** | | | |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Wykształceni~~e~~** | **Inne informacje mające znaczenie przy realizacji Programu, w tym doświadczenie w realizacji zadań** | |
| 1. |  |  |  | |
| 2. |  |  |  | |
| 3. |  |  |  | |
| 4. |  |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **IV. Kalkulacja kosztów:** | |
| **IV. A. Kalkulacja kosztu brutto szczepienia jednej osoby z wykorzystaniem szczepionki 9-walentnej (jedna dawka) uwzględniającego następujące składowe:** | |
| **Rodzaj kosztu** | **Wartość** |
| 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 |
| **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:**   * szkolenie dla personelu uczestniczącego w realizacji Programu, * spotkania informacyjno- edukacyjne w 17 gminach powiatu poznańskiego, * film edukacyjny, * opracowania, wydania i dystrybucji ulotek edukacyjnych.   (**nie więcej niż 34 000,00 zł)** | ……………… zł brutto |
| 2. **Koszty promocyjno-informacyjne** (w tym plakaty informacyjno-promocyjne, informacje w mediach), **koszty** **administracyjno-organizacyjne (w tym zbieranie i przetwarzanie danych związanych  z monitorowaniem i ewaluacją Programu, koordynator Programu) oraz inne niezbędne do prawidłowej realizacji Programu**.  **(nie więcej niż 34 000,00 zł)** | ……………… zł brutto |
| **Razem (suma pkt 1-2) nie więcej niż 68 000,00 zł** | **……………… zł brutto** |

|  |  |
| --- | --- |
| **V. Informacja o szczepionce:** | |
| 1. Nazwa szczepionki 9-walentnej, w tym informacja o zastosowanym schemacie szczepienia  (*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 2023 r.  w 17 gminach powiatu poznańskiego w zakresie: | | | |
| 1. szczepień, |  | | |
| 1. edukacji zdrowotnej,  (szkolenie dla personelu, spotkania informacyjno-edukacyjne, film edukacyjny oraz ulotki edukacyjne) |  | | |
| 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\*: | | | |
| 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)* |