Załącznik nr 4 do uchwały Nr 4184/2023
Zarządu Powiatu w Poznaniu
z dnia 5 lipca 2023 r.

FORMULARZ OFERTOWY

do konkursu ofert na realizację:

„Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego" w 2023 r.

I. Dane o oferencie:				
1. Nazwa oferenta:				
2. NIP:				
3. REGON:				
4. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:				
5. Nr z Krajowego Rejestr Sądowego lub Ewidencji Działalności Gospodarczej:				
6. Adres:	Miejscowość:			
	Ulica:			
	Nr:		Kod pocztowy:	
7. Telefon:				
8. E-mail:				
9. Adres strony www:				
10. Nazwa banku:				
11. Numer rachunku bankowego:				
12. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego konkursem, upoważniona do składania wyjaśnień do oferty:	Imię i nazwisko:			
	Stanowisko:			
	Nr telefonu kontaktowego:			
13. Osoba odpowiedzialna za rozliczenie finansowe zadania objętego konkursem:	Imię i nazwisko:			
	Stanowisko:			
	Nr telefonu kontaktowego:			
14. Koordynator Programu:	Imię i nazwisko:			
	Nr telefonu kontaktowego:			
	E-mail:			

15. Oświadczenie o braku wymagalnych zobowiązań wobec Powiatu Poznańskiego	

II. Informacja o warunkach lokalowych i sprzętowych:	
1. pomieszczenie, gdzie będzie można przeprowadzić wywiad lekarski, badanie fizykalne, pomiar wzrostu i masy ciała pacjenta, edukację,	
2. pracownia densytometryczna spełniająca ogólne warunki dla pracowni radiologicznych.	
3. komputer z kalkulatorem FRAX dla populacji polskiej	
4. densytometr oceniający BMD kręgosłupa i kości udowej metodą DXA	

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.	**Osoba oceniająca ryzyko poważnego złamania osteoporotycznego** (personel medyczny posiadający odpowiedni poziom wiedzy do zakresu realizowanych w ramach Programu działań)***:**		
Lp.	**Imię i nazwisko**	**Wykształcenie**	**Doświadczenie zawodowe**
1.			
2.			

B.	**Technik radiolog z certyfikatem do obsługi densytometru wykonujący badanie gęstości kości*:**			
Lp.	**Imię i nazwisko**	**Wykształcenie**	**Nr prawa wykonywania zawodu**	**Doświadczenie zawodowe**
1.				
2.				

C.	**Lekarz przeprowadzający konsultacje** (lekarza specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub reumatologii, lub endokrynologii albo lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych, posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy)***:**

Lp.	Imię i nazwisko	Specjalizacja	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie zawodowe w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy
1.				
2.				

D.	**Osoba prowadząca warsztaty edukacyjne** (lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych)***:**

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Doświadczenie zawodowe w zakresie realizacji działań informacyjno-edukacyjnych
1.			
2.			

E.	**Osoba prowadząca szkolenie dla personelu** (lekarz, optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii, posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom)***:**

Lp.	Imię i nazwisko	Specjalizacja	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy
1.				
2.				

F.	**Inny personel uczestniczący w realizacji Programu, w tym koordynator Programu*:**

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Doświadczenie zawodowe	Zadania realizowane w ramach Programu
1.				
2.				

IV. Kalkulacja kosztów:

Lp.	Rodzaj kosztu Koszty bezpośrednie:	Liczba osób objętych działaniem	Koszt jednostkowy brutto	Koszt całkowity
1.	Jednostkowy koszt brutto oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego na podstawie metody FRAX			
2.	Jednostkowy koszt brutto badania densytometrycznego (pomiar BMD za pomocą DXA)			
3.A.	Jednostkowy koszt brutto przeprowadzenia lekarskiej wizyty podsumowującej obejmującej omówienie wyników badania DXA, ponowne wykonanie oceny ryzyka złamania			

	z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, zalecenia dotyczące dalszego postępowania			
3.B.	Jednostkowy koszt brutto opisu wyniku badania DXA, ponowne wykonanie oceny ryzyka poważnego złamania z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, zalecenia dotyczące dalszego postępowania wydane przez lekarza zostaną przesłane pocztą na wskazany przez świadczeniobiorcę adres korespondencyjny**		.	
Suma kosztów bezpośrednich: 1. + 2. + 3.A.				
Suma kosztów bezpośrednich: 1. + 2. + 3.B.**				
Koszty pośrednie:		**Koszt brutto**		
1.	Koszty przygotowania i przeprowadzenia szkolenia dla personelu medycznego (z wykonaniem pre-testu i po-testu)			
2.	Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej (w tym np. plakaty, informacje w mediach)			
3.	Koszty opracowania, wydrukowania i dystrybucji ulotek edukacyjnych			
4.	Koszty warsztatów edukacyjnych (z wykonaniem pre-testu i po-testu)			
5.	Koszty administracyjno-organizacyjne i inne niezbędne dla prawidłowej realizacji Programu (np. koszty rejestracji telefonicznej, wstępnej kwalifikacji do udziału w Programie z wykorzystaniem kalkulatora FRAX, eksploatacyjne), koszty zbierania i przetwarzania danych niezbędnych do ewaluacji i monitorowania			
Suma kosztów pośrednich (nie więcej niż 26.000 zł brutto)				
SUMA kosztów całkowitych realizacji Programu tj. Suma kosztów bezpośrednich (1. + 2. + 3.A.) oraz kosztów pośrednich (1 + 2 + 3 + 4 + 5)**				

V. Organizacja i sposób przeprowadzenia przedmiotowego programu w zakresie:	
1. kampanii informacyjno-promocyjnej	
2. szkolenia dla personelu medycznego	
3. rejestracji	
4. warsztatów edukacyjnych	
5. oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego	
6. badania gęstości kości	
7. konsultacji lekarskiej	

VI. Doświadczenie oferenta w realizacji samorządowych programów w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy	
1) czy oferent uczestniczył w realizacji ww. programów (**jeśli TAK** - proszę **uzupełnić pkt. 2**, **jeśli NIE** - proszę wpisać: **„nie dotyczy”**)	

2) szczegółowe informacje o realizowanych przez oferenta programach*:

Nazwa Programu	Rok realizacji Programu	Miejsce realizacji Programu	Wielkość populacji objętej Programem	Podmiot finansujący Program

VII. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty:

*w miarę potrzeby możliwe jest dodanie kolejnych wierszy

** Na etapie wdrożenia Programu zakłada się, że wszystkie osoby, u których zostanie wykonane badanie DXA wezmą udział w konsultacji lekarskiej

Uwaga: wszystkie pola w formularzu ofertowym powinny zostać uzupełnione (jeżeli dany punkt nie dotyczy oferenta lub ma wartość zerową należy wpisać odpowiednia *„nie dotyczy”* lub *„0”*).

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

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