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. |  |
| 1. komputer z kalkulatorem FRAX dla populacji polskiej |  |
| 1. 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** | **Liczba osób objętych działaniem** | **Koszt jednostkowy** **brutto** | **Koszt całkowity** |
| **Koszty bezpośrednie:** |
| 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 |  |
| 1. szkolenia dla personelu medycznego |  |
| 1. rejestracji |  |
| 1. warsztatów edukacyjnych |  |
| 1. oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego |  |
| 1. badania gęstości kości |  |
| 1. 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”**) | |  | | | |
| 1. 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)* |