Załącznik nr 4 do uchwały Nr 57/2024

Zarządu Powiatu w Poznaniu

z dnia 4 czerwca 2024 r.

FORMULARZ OFERTOWY

**do konkursu ofert na realizację:**

**„Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2024 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 Rejestru  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.** | **Dane o partnerze (jeśli dotyczy** - proszę **uzupełnić**, **jeśli NIE** - proszę wpisać: **„nie dotyczy”):** | |
| 1. | Nazwa partnera: |  |
| 2. | NIP: |  |
| 3. | REGON: |  |
| 4. | Nr wpisu do rejestru podmiotów  wykonujących działalność leczniczą: |  |
| 5. | Nr z Krajowego Rejestru Sądowego  lub Ewidencji Działalności  Gospodarczej: |  |
| 6. | Adres: |  |
| 7. | Telefon: |  |
| 8. | E-mail: |  |
| 9. | Adres strony www: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **III.** | **Informacja o warunkach lokalowych oraz wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną:** | | |
|  | pomieszczenie, gdzie będzie można wykonać pomiar wzrostu i masy ciała pacjenta oraz przeprowadzić edukację zdrowotną |  | |
| 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 |  | |
| 5. | gabinet lekarski, w którym realizowana będzie lekarska wizyta podsumowująca, spełniający warunki zgodnie  z obowiązującymi przepisami prawa (należy wskazać adres) | Na terenie powiatu poznańskiego |  |
| Na terenie m. Poznania |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IV.** | **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) **1)**: | | | | | |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie** | | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Doświadczenie zawodowe** | |
| 1. |  |  | |  |  | |
| 2. |  |  | |  |  | |
| **B.** | **Technik elektroradiolog/elektroradiolog z certyfikatem do obsługi densytometru wykonujący badanie gęstości kości 1) :** | | | | | |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie** | | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Doświadczenie zawodowe** | |
| 1. |  |  | |  |  | |
| 2. |  |  | |  |  | |
| **C.** | **Lekarz przeprowadzający konsultacje** (lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub reumatologii, lub endokrynologii albo lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy) **1) :** | | | | | |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Specjalizacja** | | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Doświadczenie zawodowe  w diagnostyce, różnicowaniu  i leczeniu osteoporozy** | |
| 1. |  |  | |  |  | |
| 2. |  |  | |  |  | |
| **D.** | **Osoba realizująca edukację zdrowotną** (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) **1) :** | | | | | |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie** | | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **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) **1) :** | | | | | |
| **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 1) :** | | | | | |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie** | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Doświadczenie zawodowe** | | **Zadania realizowane  w ramach Programu** |
| 1. |  |  |  |  | |  |
| 2. |  |  |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **V.** | **Kalkulacja kosztów:** | | | |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztu** | **Maksymalna liczba osób objętych działaniem 2)** | **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 (*w przypadku teleporady koszt uwzględnia również koszt połączenia telefonicznego oraz koszt przesłania na wskazany adres korespondencyjny wyniku badania oraz zaleceń dotyczących 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  *(w przypadku nie zrealizowania lekarskiej wizyty podsumowującej stacjonarnie oraz w formie teleporady)* 3) |  |  |  |
| **Suma kosztów bezpośrednich: 1. + 2. + 3.A.** | |  |  |  |
| **Suma kosztów bezpośrednich: 1. + 2. + 3.B. 3)** | |  |  |  |
| **Koszty pośrednie:** | | **Koszt brutto** | | |
| 1. | Koszty przygotowania i przeprowadzenia szkolenia/ szkoleń dla personelu medycznego (z wykonaniem pre-testu i post-testu) |  | | |
| 2. | Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej (w tym plakaty, informacje w mediach) |  | | |
| 3. | Koszty opracowania, wydrukowania i dystrybucji ulotek edukacyjnych |  | | |
| 4. | Koszty edukacji zdrowotnej realizowanej stacjonarnie podczas badania/konsultacji lekarskiej  (edukacja bezpośrednia) oraz on-line w formie opracowanego i udostępnionego na stronie internetowej Wykonawcy Programu filmu edukacyjnego (z wykonaniem pre-testu i post-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: 1. + 2. + 3. + 4. + 5.**  **(nie więcej niż 50 000,00 zł brutto)** | |  | | |
| **SUMA kosztów całkowitych realizacji Programu tj.**  **Suma kosztów bezpośrednich (1. + 2. + 3.A.) 3) oraz kosztów pośrednich (1. + 2. + 3.+ 4. + 5.)** | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VI.** | **Szczegółowe informacje dotyczące organizacji i sposób przeprowadzenia przedmiotowego Programu w zakresie:** | |
| 1. | kampanii informacyjno-promocyjnej |  |
| 2. | szkolenia dla personelu medycznego |  |
| 3. | rejestracji |  |
| 4. | edukacji zdrowotnej |  |
| 5. | oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego |  |
| 6. | badania gęstości kości |  |
| 7. | konsultacji lekarskiej |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VII.** | **Doświadczenie oferenta oraz opcjonalnie Partnera w realizacji samorządowych programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy.** | | | | |
| 1. | Czy **oferent** uczestniczył w realizacji ww. programów polityki zdrowotnej? (**jeśli TAK** - proszę **uzupełnić pkt 2**, **jeśli NIE** - proszę wpisać: **„nie dotyczy”**) | | | |  |
| 2. | Szczegółowe informacje o realizowanych przez oferenta programach **1)** : | | | | |
| Nazwa Programu | | Rok realizacji Programu | Wielkość populacji przebadanej  w ramach Programu **4)** | Wielkość populacji objętej edukacją  w ramach Programu **5)** | Podmiot finansujący Program |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
| 3. | Czy **Partner** uczestniczył w realizacji ww. programów polityki zdrowotnej? (**jeśli TAK** - proszę **uzupełnić pkt 4**, **jeśli NIE** - proszę wpisać: **„nie dotyczy”**, jeśli oferent  złożył ofertę samodzielnie - proszę wpisać: **„nie dotyczy”**) | | | |  |
| 4. | Szczegółowe informacje o realizowanych przez Partnera programach **1) :** | | | | |
| Nazwa Programu | | Rok realizacji Programu | Wielkość populacji przebadanej  w ramach Programu **4)** | Wielkość populacji objętej edukacją  w ramach Programu **5)** | Podmiot finansujący Program |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VIII.** | **Inne informacje mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty:** |
|  | |

1. W miarę potrzeby możliwe jest dodanie kolejnych wierszy.
2. Oferent określa maksymalną liczbę osób, które mogą uczestniczyć w Programie uwzględniając wskazane przez siebie koszty jednostkowe brutto poszczególnych działań (w Programie szacunkowo określono liczbę jego beneficjentów oraz koszty jednostkowe poszczególnych działań) oraz **maksymalną wysokość środków przeznaczonych na realizację Programu** (250 000, 00 zł, w tym nie więcej niż 50 000, 00 zł na koszty pośrednie).
3. Na etapie wdrożenia Programu zakłada się, że wszystkie osoby, u których zostanie wykonane badanie DXA wezmą udział w lekarskiej wizycie podsumowującej.
4. Należy uwzględnić wyłącznie informacje o liczbie osób już przebadanych w ramach zrealizowanych Programów jaki i Programów będących w trakcie realizacji.
5. Należy uwzględnić wyłącznie informacje o liczbie osób już objętych edukacją w ramach zrealizowanych Programów jaki i Programów będących w trakcie realizacji.

**Uwaga: wszystkie pola w formularzu ofertowym powinny zostać uzupełnione (jeżeli dany punkt nie dotyczy oferenta lub ma wartość zerową należy wpisać odpowiednio *„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, pieczęć i podpis*  *lub czytelny podpis osoby upoważnionej)* |