

FORMULARZ OFERTOWY
do konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.:
„Nie daj się osteoporozie – program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu
poznańskiego” w 2026 r.

Uwaga! Wszystkie białe pola w formularzu ofertowym powinny zostać uzupełnione (jeżeli dany punkt nie dotyczy oferenta lub ma wartość zerową należy wpisać odpowiednio „nie dotyczy” lub „0”). Proszę nie usuwać wersów, kolumn, numeracji oraz tytułów.

I.	Dane o ofercie:			
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.	Adres do e-Doręczeń:			
8.	Telefon:			
9.	E-mail:			
10.	Adres strony www:			
11.	Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego konkursem, upoważniona do składania wyjaśnień do oferty:	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:		

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 do e-Doręczeń:
10.	Adres strony www:

III. Informacja o warunkach lokalowych oraz wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną:	
1.	<p>pomieszczenie, gdzie będzie można przeprowadzić wizytę kwalifikacyjną, w tym m.in. wykonać pomiar wzrostu i masy ciała pacjenta <i>(proszę wskazać adres)</i></p> <p>na terenie powiatu poznańskiego</p>
2.	<p>pracownia densytometryczna spełniająca ogólne warunki dla pracowni radiologicznych</p> <p>mobilna <i>(proszę wskazać liczbę)</i></p>
	<p>stacjonarna <i>(jeżeli dotyczy proszę wskazać adres)</i></p>
3.	komputer z kalkulatorem FRAX dla populacji polskiej
4.	densytometr oceniający BMD kręgosłupa i kości udowej metodą DXA <i>(proszę wskazać liczbę, rok produkcji, typ)</i>

5.	gabinet lekarski, w którym realizowana będzie lekarska wizyta podsumowująca, spełniający warunki zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa <i>(proszę wskazać adres)</i>	na terenie powiatu poznańskiego lub na terenie miasta Poznania (min. jedna lokalizacja)	
6.	pomieszczenie, gdzie będzie można przeprowadzić indywidualną edukację zdrowotną dla osób ze zdiagnozowaną osteoporozą w ramach Programu <i>(proszę wskazać adres)</i>	na terenie powiatu poznańskiego lub na terenie miasta Poznania (min. jedna lokalizacja)	

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 odpowiedzialna za wywiad i wyznaczenie ryzyka wystąpienia poważnego złamania osteoporotycznego za pomocą FRAX (personel medyczny posiadający odpowiedni poziom wiedzy wystarczający do prawidłowego przeprowadzenia wywiadu i oceny ryzyka złamań osteoporotycznych za pomocą FRAX PL) ¹⁾ :			
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie zawodowe
1.				
2.				
B	Lekarz odpowiedzialny za skierowanie na badanie gęstości kości techniką DXA w ramach Programu: (lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach Programu przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego).			
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie zawodowe
1.				
2.				
C.	Technik radiolog realizujący badanie gęstości kości metodą DXA (wskazane jest, aby technik ukończył odpowiedni kurs specjalistyczny) ¹⁾ :			
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie zawodowe
1.				

2.					
D. Lekarz przeprowadzający wizytę podsumowującą (lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach Programu przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego ¹⁾ :					
Lp.	Imię i nazwisko	Specjalizacja	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie zawodowe w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy	
1.					
2.					
E. Osoba realizująca indywidualną edukację zdrowotną u pacjentów ze zdiagnozowaną osteoporozą w ramach Programu (lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań edukacyjnych) ¹⁾ :					
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie zawodowe w zakresie realizacji działań informacyjno-edukacyjnych	
1.					
2.					
F. Osoba prowadząca szkolenie dla personelu medycznego (lekarz, optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii, endokrynologii, geriatry lub chorób wewnętrznych), posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom („ekspert”) ¹⁾ :					
Lp.	Imię i nazwisko	Specjalizacja	Nr prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy	
1.					
2.					
G. 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 cen:	
Kalkulacje cen jednostkowych brutto poszczególnych usług składających się na działanie bezpośrednie w zł:		
1.	Jednostkowa cena brutto wizyty kwalifikacyjnej z oceną ryzyka wystąpienia poważnego złamania osteoporotycznego przy wykorzystaniu narzędzia FRAX PL wraz ze skierowaniem na badanie przez lekarza w ramach Programu, w tym udostępnienie wyniku FRAX świadczeniobiorcy w formie wydruku lub dokumentu elektronicznego	
2.	Maksymalna liczba osób uczestniczących w wizycie kwalifikacyjnej z oceną ryzyka wystąpienia poważnego złamania osteoporotycznego ²⁾ (zakłada się, że do 10% osób, które zgłoszą się do Programu nie zostanie zakwalifikowanych do badania)	
3.	Jednostkowa cena brutto badania gęstości kości techniką DXA w szyjce kości udowej oraz w odcinku lędźwiowym kręgosłupa (L1-L4)	
4.	Maksymalna liczba osób uczestniczących w Programie (dot. badania gęstości kości, lekarskiej wizyty podsumowującej) ²⁾	
5.A.	Jednostkowa cena brutto przeprowadzenia lekarskiej wizyty podsumowującej obejmującej omówienie wyników badania DXA, ponowne wykonanie oceny ryzyka wystąpienia poważnego złamania osteoporotycznego z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, zalecenia dotyczące dalszego postępowania (w przypadku teleporady – <i>cena uwzględnia również połączenie telefoniczne oraz przesłanie na wskazany przez świadczeniobiorcę adres korespondencyjny lub adres e-mail wyniku badania oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania</i>)	
5.B.	Jednostkowa cena brutto opisu wyniku badania DXA , ponowne wykonanie oceny ryzyka wystąpienia poważnego złamania osteoporotycznego z użyciem narzędzia FRAX PL z uwzględnieniem wyniku DXA, zalecenia dotyczące dalszego postępowania wydane przez lekarza zostaną przesłane na wskazany przez świadczeniobiorcę adres korespondencyjny lub adres e-mail (w przypadku <i>nie zrealizowania lekarskiej wizyty podsumowującej stacjonarnie oraz w formie teleporady</i>) ³⁾	
6.	Jednostkowa cena przeprowadzenia indywidualnej edukacji zdrowotnej dla osób ze zdiagnozowaną osteoporozą w ramach Programu z wykonaniem pre-testu i post-testu (w tym np. koszty: personelu, udostępnienia pomieszczenia, prądu)	
7.	Maksymalna liczba osób, które wezmą udział w indywidualnej edukacji zdrowotnej ²⁾ (zakłada się, że osteoporoza zostanie stwierdzona u nie więcej niż 10% osób, u których zostanie wykonane badanie tj. maksymalnie 10% z pkt 4)	
8.	Całkowita cena brutto poszczególnych działań bezpośrednich: (1. x 2.) + (3. x 4.) + (5.A. x 4.) + (6. x 7.) (nie więcej niż 120.000,00 zł brutto)	

Ceny brutto usług składających się na działania pośrednie:		
9.	Cena brutto przygotowania i przeprowadzenia szkolenia/szkoleń dla personelu medycznego (z wykonaniem pre-testu i post-testu)	
10.	Cena brutto kampanii informacyjno-promocyjnej (w tym plakaty, informacje w mediach)	
11.	Cena brutto opracowania, wydrukowania i dystrybucji ulotek edukacyjnych	
12.	Cena brutto edukacji zdrowotnej realizowanej on-line w formie opracowanego i udostępnionego na stronie internetowej Wykonawcy Programu filmu edukacyjnego (z wykonaniem pre-testu i post-testu)	
13.	Cena brutto działań administracyjno-organizacyjnych niezbędnych dla prawidłowej realizacji Programu (np. koszty rejestracji telefonicznej, koszty obsługi kadrowo i finansowej, koszty zbierania i przetwarzania danych niezbędnych do ewaluacji i monitorowania)	
14.	Suma cen brutto usług składających się na działania pośrednie: 9. + 10. + 11. + 12. + 13. (nie więcej niż 30.000,00 zł brutto)	
Całkowita cena brutto realizacji Programu		
15.	Całkowita cena brutto realizacji Programu tj. suma cen brutto poszczególnych działań bezpośrednich i suma cen brutto poszczególnych działań pośrednich: 8 + 14 (nie więcej niż 150.000,00 zł brutto)	

VI.	Szczegółowe informacje dotyczące organizacji i sposób przeprowadzenia przedmiotowego Programu (w tym np. kompleksowe rozwiązania umożliwiające uczestnikowi Programu jednoczesną realizację pełnej ścieżki interwencji) w zakresie:	
1.	kampanii informacyjno-promocyjnej	
2.	szkolenia dla personelu medycznego	
3.	rejestracji	
4.	wizyty kwalifikacyjnej z oceną ryzyka wystąpienia poważnego złamania osteoporotycznego i skierowaniem na badanie gęstości kości techniką DXA przez lekarza w ramach Programu	
5.	badania gęstości kości techniką DXA	
6.	lekarskiej wizyty podsumowującej	
7.	indywidualnej edukacji zdrowotnej	

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⁾
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⁾

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 ceny jednostkowe brutto poszczególnych działań** (w Programie szacunkowo określono liczbę jego beneficjentów oraz jednostkowe ceny brutto poszczególnych działań) oraz **maksymalną wysokość środków przeznaczonych na realizację Programu** (150.000,00 zł, w tym nie więcej niż 30.000,00 zł na działania 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 jak i Programów będących w trakcie realizacji.
- 5) Należy uwzględnić wyłącznie informacje o liczbie osób już objętych edukacją w ramach zrealizowanych Programów jak i Programów będących w trakcie realizacji.

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

Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

(pieczęć podmiotu składającego ofertę*)

(miejscowość i data)

(pieczęć* i podpis osoby upoważnionej/podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

* należy uzupełnić w przypadku złożenia oferty w wersji papierowej

Nazwa Oferenta:	
Adres Oferenta:	

Miejscowość:	
Data:	

Oświadczenie oferenta

Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję treść:

1. Rekomendacji nr 177/2025 z dnia 21 listopada 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy,
2. Programu polityki zdrowotnej pn. **„Nie daj się osteoporozie – program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r.** stanowiącego załącznik do uchwały Nr 1841/2026 Zarządu Powiatu w Poznaniu z dnia 23 kwietnia 2026 r.,
3. ogłoszenia, **„Szczegółowych warunków konkursu”** oraz projektu umowy o realizacji programu polityki zdrowotnej pn. **„Nie daj się osteoporozie – program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r.**

Jednocześnie wyrażam zgodę na przystąpienie do konkursu.

(pieczęć podmiotu składającego ofertę*)	(pieczęć* i podpis osoby upoważnionej/podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

* należy uzupełnić w przypadku złożenia oferty w wersji papierowej

Nazwa Oferenta:	
Adres Oferenta:	

Miejscowość:	
Data:	

Oświadczenie oferenta dotyczące spełnienia wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych

Oświadczam w imieniu

(nazwa podmiotu składającego ofertę)

że podmiot, który reprezentuję oraz Partner* tj.

(nazwa Partnera)

spełnia wymogi lokalowe, sprzętowe i kadrowe, wymagane od świadczeniodawców zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie odpowiednim do przedmiotu konkursu, szczegółowych warunków konkursu oraz programu **polityki zdrowotnej** pn. „**Nie daj się osteoporozie – program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego**” w 2026 r. stanowiącego załącznik do uchwały Nr 1841/2026 Zarządu Powiatu z dnia 23 kwietnia 2026 r.

Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

(pieczęć podmiotu składającego ofertę**)	(pieczęć** i podpis osoby upoważnionej/podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

*wypełnić jeśli dotyczy

** należy uzupełnić w przypadku złożenia oferty w wersji papierowej

Nazwa Oferenta:	
Adres Oferenta:	

Miejscowość:	
Data:	

Oświadczenie oferenta dotyczące zrealizowania obowiązku informacyjnego

Działając w imieniu

--

(nazwa podmiotu składającego ofertę)

będącego *Administratorem danych osobowych* zawartych w *Formularzu ofertowym* złożonym w otwartym konkursie ofert na wybór realizatora programu **polityki zdrowotnej** pn. **„Nie daj się osteoporozie – program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r.** oświadczam, że wobec ww. osób został spełniony obowiązek informacyjny poprzez przedstawienie klauzuli informacyjnej określonej w załączniku do „Szczegółowych warunków konkursu”, wynikający z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE L 119 z 4.05.2016 r. ze zm.).

(pieczęć podmiotu składającego ofertę*)	(pieczęć* i podpis osoby upoważnionej/podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

* należy uzupełnić w przypadku złożenia oferty w wersji papierowej

Nazwa Oferenta:	
Adres Oferenta:	

Miejscowość:	
Data:	

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Działając w imieniu

--

(nazwa podmiotu składającego ofertę)

w związku z udziałem w otwartym konkursie ofert na wybór realizatora programu **polityki zdrowotnej** pn. **„Nie daj się osteoporozie – program profilaktyczno-edukacyjny dla mieszkańców powiatu poznańskiego” w 2026 r.** oświadczam, iż:

- 1) w stosunku do podmiotu, który reprezentuje nie stwierdzono niezgodne z przeznaczeniem wykorzystaniem środków publicznych,
- 2) podmiot, który reprezentuje nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec Powiatu Poznańskiego,
- 3) zadanie będące przedmiotem oferty nie będzie finansowane z innych źródeł.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

(pieczęć podmiotu składającego ofertę*)	(pieczęć* i podpis osoby upoważnionej/podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

* należy uzupełnić w przypadku złożenia oferty w wersji papierowej

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę

Miejscowość:	
Data:	

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż **nie byłem karana/nie byłem karany*** zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

(podpis osoby składającej oświadczenie)

* niewłaściwe skreślić