Załącznik nr 1

…………………………………………………………..

Pieczęć firmowa Oferenta

**Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego –**

**Państwowy Zakład Higieny PIB**

ul. Chocimska 24

00-791 Warszawa

# FORMULARZ OFERTY

Dotyczący naboru Medycznego Laboratorium Diagnostycznego do współpracy w ramach projektu pn. „Profilaktyka chorób odkleszczowych w makroregionie centralnym” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

## DANE OFERENTA:

**Nazwa Placówki:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

## Adres siedziby:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...… Województwo: ◻ mazowieckie ◻ łódzkie

## Telefon/Fax:

………………………………………………………………………………………..……………………………………………………….

## Email:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

## Imię i nazwisko osoby do kontaktu:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Oświadczam, że\*:

◻ Placówka którą reprezentuję posiada akredytację PCA z zakresie normy ISO 17025, certyfikowane systemy sterowania jakością badań, uczestniczenie w sprawdzianach zewnątrz-laboratoryjnych- w załączeniu kopia certyfikatu akredytacji PCA.

◻ Placówka którą reprezentuję dysponuje personelem medycznym niezbędnym do realizacji programu profilaktycznego, tj. MLD zatrudnia analityków i diagnostów laboratoryjnych posiadających min. 2-letnie doświadczenie w realizacji takich badań (przynajmniej 1 osoba w laboratorium wykonującym badania) – w załączeniu kopia dyplomu, cv.

◻ Placówka którą reprezentuję zatrudnia personel ze specjalizacją z mikrobiologii (przynajmniej 1 osoba w laboratorium wykonującym badania )– w załączeniu kopia dyplomu, cv.

◻ Lokalizacja laboratorium umożliwia szybki transport próbek z terenu powiatów Łódź, Skierniewice, Płock, Grójec, Gostynin, Radzymin, Zgierz, Bełchatów, Warszawa . Średnia odległość do wymienionych lokalizacji to ……………………..km.

\* zaznaczyć kryteria które spełnia MLD

*Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Umowy do niniejszego ogłoszenia i akceptuję jej zapisy.*

*Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt pn. „Profilaktyka chorób odkleszczowych w makroregionie centralnym” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*

.........................................

Miejscowość́, data

 ……………...........................................

Podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania MLD

……………………………………………..

pieczęć firmowa Wykonawcy

#  OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM I SPEŁNIENIU WARUNKÓW

Działając w imieniu Oferenta, niniejszym oświadczam, że przed przystąpieniem do Projektu zapoznałem/am się z obowiązującym Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie.

Oświadczam również, iż placówka MLD, którą reprezentuję spełnia łącznie następujące wymogi:

* 1. posiada jednostkę organizacyjną i/lub siedzibę na obszarze realizacji Projektu, tj. na terenie jednego z województw: mazowieckiego lub łódzkiego;
	2. posiada wpis do ewidencji prowadzonej przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych zgodnie z Uchwałą Nr 137/III/2014 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 maja 2014 r., w sprawie przyjęcia Regulaminu prowadzenia ewidencji laboratoriów i spełnia inne nakazane prawem wymogi formalno-prawne oraz techniczne dla prowadzenia działalności w zakresie medycznej diagnostyki laboratoryjnej;
	3. udokumentuje, że wszystkie czynności diagnostyczne realizowane są pod nadzorem diagnosty laboratoryjnego oraz zatrudnia minimum jednego specjalistę z dziedziny mikrobiologii lekarskiej lub specjalistę z analityki medycznej odpowiedzialnego za organizację i nadzór badań realizowanych w ramach programu;
	4. posiada możliwość wykonania badań diagnostycznych w kierunku boreliozy z Lyme: test immunoenzymatyczny ELISA, w klasie przeciwciał IgG i IgM, w kierunku boreliozy z Lyme oraz Western blot w klasie IgM i/lub w klasie IgG, wykonywanych przez analityków
	i diagnostów posiadających min. 2-letnie doświadczenie w realizacji takich badań;
	5. zapewnia przechowanie badanych próbek przez okres nie krótszy niż 30 dni od momentu ich przyjęcia;
	6. wyraża zgodę na przekazywanie wybranych próbek do weryfikacji lub wykonania badań dodatkowych w innym laboratorium.
	7. akceptuje, iż wynagrodzenie za świadczenie usług będzie zgodne ze stawkami jednostkowymi stanowiącymi załącznik do dokumentacji konkursowej.
	8. zapewnia, że wydanie wyniku badań (sprawozdania z badań) nastąpi w okresie do 10 dni roboczych od momentu przyjęcia próbki.
	9. zobowiązuje się do regularnego odbierania próbek krwi z POZ/AOS wskazanych przez NIZP-PZH PIB.

 .........................................

miejscowość, data

……………...........................................

pieczątka i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki MLD

…………………………………………..

Pieczęć firmowa Wykonawcy

#  OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PUBLIKACJĘ

Działając w imieniu Oferenta wyrażam zgodę na umieszczenie informacji\* o reprezentowanej przeze mnie Placówce Medycznego Laboratorium Diagnostycznego na stronie internetowej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny Państwowego Instytutu Badawczego oraz stronie dedykowanej realizacji projektu pt.: „Profilaktyka chorób odkleszczowych w makroregionie centralnym”.

………………………………..... miejscowość, data

……………………………………………

pieczątka i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki MLD

*\*Informacja publikowana będzie wyłącznie w celu informowania o udziale Placówki w projekcie „Profilaktyka chorób odkleszczowych w makroregionie centralnym”.*