*Załącznik nr 1*

…………………………………………………………..

Pieczęć firmowa Oferenta

## Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH- Państwowy Instytut Badawczy

ul. Chocimska 24

00-791 Warszawa

# FORMULARZ OFERTY

Dotyczący naboru Placówek Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) do współpracy w ramach projektu pn. „Profilaktyka chorób odkleszczowych w makroregionie centralnym” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

## DANE OFERENTA:

**Nazwa Placówki:**

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

## Adres siedziby:

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

## Telefon/Fax:

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

## Email:

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

## Imię i nazwisko osoby do kontaktu:

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

*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 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020..*

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

Miejscowość́, data

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

Pieczątka i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki AOS

……………………………………………..

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 AOS, którą reprezentuję spełnia następujące wymogi:

1. Posiada kontrakt z NFZ na udzielanie świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie chorób zakaźnych;
2. Posiada jednostkę organizacyjną i/lub siedzibę na obszarze realizacji Projektu, tj. na terenie jednego z województw: mazowieckiego lub łódzkiego.
3. Deklaruję, że w przypadku pacjentów z podejrzeniem boreliozy z Lyme w późniejszych stadiach, kierowanych przez lekarzy POZ na wizytę do AOS w ramach projektu oczekiwany czas na wizytę nie przekroczy 14 dni.
4. Zapewnia dostęp dla osób z niepełnosprawnością ruchową (tj. dostosowanie architektoniczne)
5. Akceptuje, iż wynagrodzenie za świadczenie usług będzie zgodne ze stawkami wskazanymi w Umowie.

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

miejscowość, data

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

pieczątka i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki AOS

……………………………………………..

Pieczęć firmowa Wykonawcy

# OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PUBLIKACJĘ

Działając w imieniu Oferenta wyrażam zgodę na umieszczenie informacji\* o reprezentowanej przeze mnie Placówce Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej na stronie internetowej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny Państwowego Instytutu Badawczego oraz stronie dedykowanej realizacji programu wraz z podaniem telefonu dla pacjentów uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach projektu pt. „Profilaktyka chorób odkleszczowych w makroregionie centralnym”.

………………………………..... miejscowość, data

……………………………………………

pieczątka i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki AOS

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