*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 podstawowej opieki zdrowotnej 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:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………... Informacje dodatkowe:

Ilość pacjentów obsługiwanych przez POZ:

* do 500
* od 500 do 1000
* powyżej 1000.

*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 POZ

……………………………………………..

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 POZ, którą reprezentuję spełnia następujące wymogi:

1. Posiada kontrakt z NFZ na udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna;
2. Posiada jednostkę organizacyjną i/lub siedzibę na obszarze realizacji Projektu, tj. na terenie jednego z województw: mazowieckiego lub łódzkiego.
3. Posiada gabinet zabiegowy i możliwość pobierania krwi do badań diagnostycznych;
4. Dysponuje personelem medycznym niezbędnym do realizacji programu profilaktycznego, tj. przynajmniej 1 lekarz POZ i 1 pielęgniarka POZ.
5. Deklaruje udział osób z personelu medycznego w szkoleniu e-learning organizowanym przez Zamawiającego. (Zamawiający informuje, że szkolenia są nieodpłatne).
6. Akceptuje, iż wyłącznie osoby przeszkolone w ramach projektu profilaktycznego będą upoważnione do udzielenia świadczenia zdrowotnego.
7. Zapewnia dostęp dla osób z niepełnosprawnością ruchową (tj. dostosowanie architektoniczne)
8. Akceptuje, iż wynagrodzenie za świadczenie usług będzie zgodne ze stawkami wskazanymi w Umowie.

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

miejscowość, data

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

pieczątka i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki POZ

\* niepotrzebne skreślić

……………………………………………..

Pieczęć firmowa Wykonawcy

# OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PUBLIKACJĘ

Działając w imieniu Oferenta wyrażam zgodę na umieszczenie informacji\* o reprezentowanej przeze mnie Placówce Podstawowej Opieki Zdrowotnej na stronie internetowej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny oraz stronie dedykowanej realizacji programu wraz z podaniem telefonu dla pacjentów i wskazaniem personelu POZ uprawnionego do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach projektu pt.

„”.

………………………………..... miejscowość, data

……………………………………………

pieczątka i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki POZ

*\*Informacja publikowana będzie wyłącznie w celu informowania o udziale Placówki w „Programie profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny”.*