



„Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego” nr POWR.05.01.00-00-0026/18
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego



Załącznik nr 1 do SWKO

z up. Dyrektora Naczelnego
Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego
ZASTĘPCA DYREKTORA NACZELNEGO
D.S. ADMINISTRACJI I USŁUG TECHNICZNYCH

FORMULARZ OFERTY

mgr inż. Arkadiusz Lenzion

Dotyczący otwartego naboru placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej z województw: kujawsko-pomorskiego, pomorskiego i warmińsko-mazurskiego w ramach projektu

„Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego.”

w zakresie udzielania świadczeń medycznych pacjentom zakwalifikowanym do projektu oraz udziału personelu medycznego placówek POZ w szkoleniach.

Nazwa placówki	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Nr domu/lokalu	
Nr KRS (jeśli dotyczy)	
NIP	
REGON	
Nr umowy z NFZ (POZ)	
Status prawny	
Adres e-mail	
Nr telefonu	
Dane osoby do kontaktu	



„Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego” nr POWR.05.01.00-00-0026/18
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Oświadczam, że :

- 1 Podpisanie przez naszą placówkę Podstawowej Opieki Zdrowotnej Umowy o współpracy jest równoznaczne z przystąpieniem do udziału w projekcie „Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego.” oraz zakwalifikowanie nas jako uczestnika ww. Projektu,
- 2 Podpisanie przez naszą placówkę Umowy o współpracy jest równoznaczne z deklaracją przestrzegania zapisów „*Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo – naczyniowego (KORDIAN)*” oraz „*Wytocznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*”
- 3 Zapoznałem się z treścią Szczegółowych warunków konkursu ofert (SWKO) treścią Szczegółowego Opisu Przedmiotu Konkursu (Załącznik nr 2 do SWKO) oraz treścią wzoru Umowy o Współpracy (Załącznik nr 3 do SWKO) dostępnymi także na stronie <http://uck.gda.pl> i akceptuję wszystkie zapisy zawarte w przedmiotowych dokumentach.

Miejscowość i data:

Imię i Nazwisko osoby uprawnionej
do reprezentowania placówki:

.....

.....

(czytelny podpis)



„Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego” nr POWR.05.01.00-00-0026/18
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU

w procedurze naboru placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej z województw: kujawsko-pomorskiego, pomorskiego i warmińsko-mazurskiego do współpracy w ramach projektu

„Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego.” w zakresie udzielania świadczeń medycznych pacjentom zakwalifikowanym do projektu oraz udziału personelu medycznego placówek POZ w szkoleniach.

Oświadczam, że placówka POZ, którą reprezentuję spełnia warunki udziału w procedurze naboru, tzn.:

1. Posiada jednostkę organizacyjną /siedzibę na obszarze realizacji Projektu tj. na terenie jednego z województw: kujawsko-pomorskiego, pomorskiego lub warmińsko-mazurskiego,
2. Posiada na dzień składania Oferty podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń lekarza POZ umożliwiającą realizację przedmiotu zamówienia,
3. Dysponuje personelem medycznym zatrudnionym w Placówce POZ (bez względu na formę zatrudnienia) niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia tj. minimum 3 osoby,
4. Deklaruje udział w szkoleniach organizowanych przez Udzielającego zamówienie łącznie (liczba) osób z personelu medycznego zatrudnionego w placówce POZ (bez względu na formę zatrudnienia), tj. lekarze POZ, pielęgniarki, lekarze medycyny pracy, personel udzielający wsparcia w postaci poradnictwa w zakresie diety, edukacji zdrowotnej oraz aktywności fizycznej, w tym:
..... (liczba)kobietę/kobiety
..... (liczba)mężczyznę/mężczyzn.
5. Deklaruję udział w szkoleniu (liczba) lekarzy POZ,
6. Deklaruję udział w szkoleniu (liczba)lekarzy medycyny pracy,
7. Deklaruję udział w szkoleniu.....(liczba) pielęgniarek,
8. Deklaruję udział w szkoleniu (liczba) personelu udzielającego wsparcia w postaci poradnictwa w zakresie diety, edukacji zdrowotnej oraz aktywności fizycznej, w tym:
..... dietetyków



„Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego” nr POWR.05.01.00-00-0026/18
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

..... specjalistów aktywności fizycznej

..... fizjoterapeutów

..... specjalistów zdrowia publicznego

9. Deklaruję udzielanie świadczeń oraz badań w taki sposób, aby zapewnić do nich dostęp w godzinach 8-18 liczba dni w tygodniu.....

10. Deklaruję udzielanie świadczeń oraz badań w soboty, liczba sobót w miesiącu.....

11. Deklaruję włączenie do programu (liczba) pacjentów¹ w tym (liczba) pacjentów zostanie włączona do aktywnej profilaktyki prozdrowotnej.

12. Deklaruję, że każdy pacjent na każdym etapie realizacji bonu edukacyjnego będzie miał możliwość skorzystania z poradnictwa w zakresie diety, edukacji zdrowotnej oraz aktywności fizycznej.

13. Deklaruję, że koszt świadczenia nie przekroczy:

- za wizytę kwalifikacyjną w tym wizytę konsultacyjną 110 zł brutto
- za zestaw badań laboratoryjnych i diagnostycznych 66,8 zł brutto
- za jedną poradę w ramach porady prozdrowotnej 65 zł brutto
- za drugi zestaw badań laboratoryjnych 29,50 zł brutto
- za wizytę końcową 110 zł brutto,

Miejscowość i data:

Imię i Nazwisko osoby uprawnionej
do reprezentowania placówki:

.....

.....

.....

(czytelny podpis)

¹ deklaracja liczby pacjentów włączonych do programu powinna być podana szacunkowo. Jest to informacja dla zamawiającego i nie ma wpływu na ocenę oferty. Liczba pacjentów włączonych do programu będzie ustalana na etapie podpisywania umowy współpracy.



„Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego” nr POWR.05.01.00-00-0026/18
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Uwaga: Formularz oferty wraz z Oświadczeniem i oświadczeniem o spełnianiu warunków udziału należy przesłać:

1. Listownie na adres:

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku,

ul. Dębinki 7,

80-952 Gdańsk

Dział Sprzedaży i Zakupu Usług Medycznych

Zamknięta koperta lub inne opakowanie musi być opatrzone danymi oferenta (nazwa i adres lub pieczęć firmowa oferenta) oraz zawierać oznaczenie :

Oferta – Nabór placówek POZ do projektu „Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców makroregionu północnego.”

* niewłaściwe przekreślić

