|  |
| --- |
| **Informacje wypełniane przez Biuro Projektu** |
| Data wpływu formularza do SPSK Nr 4: | …………………………………………………… |
| Podpis osoby przyjmującej formularz: | …………………………………………………… |

**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia - Formularz oferty**

**UWAGA!!! Formularz *(tylko białe pola)* należy wypełnić czytelnie. Wszystkie pola muszą być wypełnione. Niedozwolona jest ingerencja w treść dokumentów, formatowanie, usuwanie zapisów/treści, logotypów.**

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

*(pieczęć Oferenta)* *(miejscowość, data)*

**Samodzielny Publiczny Szpitala Kliniczny Nr 4 w Lublinie**

**ul. Jaczewskiego 8, 20-954 Lublin**

**FORMULARZ OFERTY**

|  |  |
| --- | --- |
|  | otwarty nabór Poradni Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) leczenia osteoporozy, reumatologicznej, ortopedycznej, endokrynologicznej oraz Szpitaliz województw: lubelskiego i podlaskiego do współpracy w ramach realizacji projektu pt. „**Zdrowe kości do starości – program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim”** w ramach wdrażania Programu koordynacji profilaktyki złamań osteoporotycznych, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego |

Działając w imieniu Oferenta, składam(y) niniejszą ofertę:

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ I. DANE OFERENTA** |
| **Pełna Nazwa** |  |
| **Status prawny** |  |
| **NIP, REGON, KRS** *(jeśli dotyczy)* |  |
| **Adres siedziby***(województwo, powiat, gmina, miejscowość, kod pocztowy, ulica,nr domu/lokalu)* |  |
| **Adres do korespondencji** *(jeśli inny niż adres siedziby)* |  |
| **Numer telefonu, e-mail, adres strony www** *(jeśli posiada)* |  |
| **Nr umowy z NFZ** na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne i/lub w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie reumatologii lub ortopedii lub endokrynologii |  |
| **Dni i godziny pracy** ***(dotyczy tylko AOS)*** |  |
| **Osoba/osoby uprawnione do reprezentacji***(imię, nazwisko, stanowisko)* |  |
| **Osoba do kontaktu w sprawie oferty***(imię, nazwisko, numer telefonu, e-mail)* |  |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ II. PORADNIA AOS/SZPITAL Z TERENU WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO I/LUB PODLASKIEGO ORAZ PERSONEL MEDYCZNY WYZNACZONY PRZEZ OFERENTA DO WSPÓŁPRACY W RAMACH PROJEKTU** |
| **II.1 NAZWA I ADRES PLACÓWKI PROWADZĄCEJ AOS/ SZPITAL****WYZNACZONYCH PRZEZ OFERENTA DO WSPÓŁPRACY W RAMACH PROJEKTU** |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |
| **II.2 LISTA IMIENNA PERSONELU MEDYCZNEGO (PIELĘGNIARKI AOS, KOORDYNATORZY SZPITALNI*)* ZATRUDNIONEGOW DANEJ PLACÓWCE AOS/SZPITAL WYZNACZONEGO PRZEZ OFERENTA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE** |
| **1.** | …………………………………………… - ………………………………………....................., ………………………………………………………………….. *(imię, nazwisko)* ( wpisać odpowiednio: lekarz/pielęgniarka/fizjoterapeuta) (wskazać poradnie AOS/Szpital zatrudniającą personel) |
| **2.** | …………………………………………… - ………………………………………....................., ………………………………………………………………….. *(imię, nazwisko)* ( wpisać odpowiednio: lekarz/pielęgniarka/fizjoterapeuta) (wskazać poradnie AOS/Szpital zatrudniającą personel) |
| **3.** | …………………………………………… - ………………………………………....................., ………………………………………………………………….. *(imię, nazwisko)* ( wpisać odpowiednio: lekarz/pielęgniarka/fizjoterapeuta) (wskazać poradnie AOS/Szpital zatrudniającą personel) |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ III. OŚWIADCZENIA OFERENTA** |
| * 1. Oświadczam, że:
1. zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o naborze oraz treścią wzoru Umowy o Współpracy (Zał. 2) i akceptuję wszystkie postanowienia zawarte w przedmiotowych dokumentach.
2. podpisanie przez naszą Przychodnię AOS/Szpital Umowy o współpracy jest równoznaczne z przystąpieniemdo udziału w projekcie „Zdrowe kości do starości – program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobietw Makroregionie Wschodnim” oraz zakwalifikowanie nas jako uczestnika ww. Projektu.
3. podpisanie przez naszą Przychodnię AOS/Szpital Umowy o współpracy jest równoznaczne z deklaracją przestrzegania postanowień Programu Polityki Zdrowotnej: *Program Koordynacji Profilaktyki Złamań Osteoporotycznych* oraz *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*.
	1. Oświadczam, że reprezentowana przeze mnie Podmiot Leczniczy spełnia warunki udziału w procedurze naboru, tzn.:
	2. posiada na dzień składania Oferty podpisaną Umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie Ambulatoryjnych Świadczeń Zdrowotnych i/lub w zakresie Zakładu leczniczego, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczeń szpitalnych umożliwiającą realizację współpracy będącą przedmiotem naboru,
	3. posiada siedzibę i/lub jednostkę organizacyjną na obszarze realizacji Projektu tj. terenie województwa lubelskiego i/lub podlaskiego,
	4. dysponuje wystarczającym miejscem, zasobami technicznymi oraz ludzkimi - personelem medycznym zatrudnionym w poradni AOS/szpitalu (bez względu na formę zatrudnienia) umożliwiającymi należytą realizację Projektu oraz współpracę w ramach Projektu
	5. deklaruje udział w projekcie w minimum 1 osoby personelu medycznego zatrudnionego w danej placówce – Poradni AOS/Szpitalu (bez względu na formę zatrudnienia). Jeżeli w strukturze organizacyjnej danego podmiotu jest kilka jednostek organizacyjnych – poradnia AOS i Szpital, które mają brać udział w projekcie, warunek odnosi się do każdej placówki oddzielnie).
	6. odnośnie AOS deklaruję - posiadanie w swojej strukturze poradni leczenia osteoporozy lub leczącą osteoporozęi spełniającą kryteria rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z dnia 27 maja 2011 r. - poradnię ortopedyczną lub endokrynologiczną lub reumatologiczną. Odnośnie Szpitala deklarują – posiadanie w swojej strukturze oddziały i/lub ambulatoria urazowe lub odział ortopedyczny lub ambulatoria chirurgiczne lub SOR.
	7. Oświadczam, iż na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, na czas trwania tych okoliczności

[ ]  nie podlegam wykluczeniu [ ]  podlegam wykluczeniu z postępowania \*)* 1. Deklaruję, że koszt *Konsultacja na poziomie AOS (Koszt konsultacji u pielęgniarki w poradni specjalistycznej zajmującej się leczeniem osteoporozy) –* jedna konsultacja dla jednej pacjentki *wynosi 45 zł brutto, a „Koszt kwalifikacji dokonanej przez koordynatora”* – wynosi 58,00 zł brutto.

\*) niepotrzebne skreślić lub wybrać właściwe; brak wyboru oznacza, iż Wykonawca nie podlega wykluczeniu na postawie w/w artykułu |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY STANOWIĄCE JEJ INTEGRALNĄ CZĘŚĆ** |
| 1. Zaparafowany wzór umowy współpracy w zakresie Programu koordynacji profilaktyki złamań osteoporotycznych. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………………… | …………………………………………………… | …………………………………………………… |
| Miejsce i data | Pieczęć Oferenta | Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta |