Lublin, 07.12.2021 r. (3)

|  |
| --- |
| **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 placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) z 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 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna** |  |
| **Dni i godziny pracy** |  |
| **Osoba/osoby uprawnione do reprezentacji***(imię, nazwisko, stanowisko)* |  |
| **Osoba do kontaktu w sprawie oferty***(imię, nazwisko, numer telefonu, e-mail)* |  |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ II. PLACÓWKI POZ Z TERENU WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO I/LUB PODLASKIEGO ORAZ PERSONEL MEDYCZNY WYZNACZONY PRZEZ OFERENTA DO WSPÓŁPRACY W RAMACH PROJEKTU** |
| **II.1 NAZWY I ADRESY PLACÓWEK POZ****WYZNACZONYCH PRZEZ OFERENTA DO WSPÓŁPRACY W RAMACH PROJEKTU***(w przypadku zgłoszenia liczby placówek POZ większej niż 4, wiersze należy odpowiednio powielić)* |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |
| **4.** |  |
| **II.2 LISTA IMIENNA PERSONELU MEDYCZNEGO (LEKARZE, PIELĘGNIARKI*)* ZATRUDNIONEGO W DANEJ PLACÓWCE POZ** **WYZNACZONEGO PRZEZ OFERENTA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE***(w miarę możliwości z jednej placówki POZ 4 osoby, ale minimum 2 osoby, w tym 1 lekarz i 1 pielęgniarka;**w przypadku zgłoszenia liczby personelu większej niż 4 osoby, wiersze należy odpowiednio powielić)* |
| **1.** | ……………………………………………………………- ………………………………………....................., ………………………………………………………………….. *(imię, nazwisko)* ( wpisać odpowiednio: lekarz/pielęgniarka) (wskazać placówkę POZ zatrudniającą personel) |
| **2.** | ……………………………………………………………- ………………………………………....................., ………………………………………………………………….. *(imię, nazwisko)* ( wpisać odpowiednio: lekarz/pielęgniarka) (wskazać placówkę POZ zatrudniającą personel) |
| **3.** | ……………………………………………………………- ………………………………………....................., ………………………………………………………………….. *(imię, nazwisko)* ( wpisać odpowiednio: lekarz/pielęgniarka) (wskazać placówkę POZ zatrudniającą personel) |
| **4.** | ……………………………………………………………- ………………………………………....................., ………………………………………………………………….. *(imię, nazwisko)* ( wpisać odpowiednio: lekarz/pielęgniarka) (wskazać placówkę POZ 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 Placówkę Podstawowej Opieki Zdrowotnej Umowy o współpracy jest równoznaczne z przystąpieniem do udziału w projekcie „Zdrowe kości do starości – program profilaktyki i leczenia osteoporozy u kobiet w Makroregionie Wschodnim” oraz zakwalifikowanie nas jako uczestnika ww. Projektu.
3. podpisanie przez naszą Placówkę POZ 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 placówka POZ spełnia warunki udziału w procedurze naboru, tzn.:
	2. posiada status jednostki podstawowej opieki zdrowotnej działającej na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2020, poz. 295 ze zm.),
	3. posiada na dzień składania oferty podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej umożliwiającą realizację współpracy będącą przedmiotem naboru,
	4. posiada siedzibę lub jednostkę organizacyjną na obszarze realizacji Projektu tj. na terenie jednego z województw: lubelskiego i/lub podlaskiego,
	5. dysponuje wystarczającym miejscem, zasobami technicznymi oraz ludzkimi - personelem medycznym zatrudnionym w placówce POZ (bez względu na formę zatrudnienia) umożliwiającymi należytą realizację Projektu oraz współpracę w ramach Projektu,
	6. deklaruje udział w projekcie w miarę możliwości 4 osób ale minimum 2 osób personelu medycznego zatrudnionego w danej placówce POZ (bez względu na formę zatrudnienia), w tym 1 lekarza i 1 pielęgniarki (jeżeli w strukturze organizacyjnej danego podmiotu jest kilka jednostek organizacyjnych – placówek POZ, które mają brać udział w projekcie, warunek odnosi się do każdej placówki oddzielnie).
	7. Deklaruję, że koszt *Konsultacji na poziomie POZ (lekarz POZ przy wsparciu personelu POZ)* - jedna konsultacja dla jednej pacjentki – wynosi 48,00 zł brutto.
 |

|  |
| --- |
| **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 |