*Załącznik nr 1 do Ogłoszenia*

…………………………………………………………..

Pieczęć firmowa Oferenta

***Samodzielny Publiczny Wojewódzki***

***Szpital Specjalistyczny w Chełmie,***

***ul. Ceramiczna 1, 22-100 Chełm***

**FORMULARZ OFERTY**

Dotyczący naboru placówek podstawowej opieki zdrowotnej do współpracy w ramach projektu pn. „Borelioza w lubelskim i podlaskim- profilaktyka, badanie i leczenie” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

**DANE OFERENTA:**

**Nazwa Placówki POZ:**

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

**Adres siedziby:**………………………………………………………………………………..…………………………………...…

Województwo: ◻ lubelskie ◻ podlaskie

**Telefon/Fax:**…………………………………………………………………..……………………………………………………….

**Email:**……………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Imię i nazwisko osoby do kontaktu:**

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

Ilość pacjentów obsługiwanych przez POZ:

◻ do 500

◻ od 500 do 1000

◻ powyżej 1000.

*Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Umowy załączonej do ogłoszenia i akceptuję jej zapisy.*

*Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt pn. „Borelioza w lubelskim i podlaskim- profilaktyka, badanie i leczenie” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*

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

miejscowość, data Pieczątka i podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania placówki POZ

*Załącznik nr 2 do Ogłoszenia*

……………………………………………..

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: lubelskiego lub podlaskiego;
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 nieodpłatnym szkoleniu e-learning organizowanym przez Zamawiającego.
6. Akceptuję, 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).

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

miejscowość, data pieczątka i podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania placówki POZ

\* niepotrzebne skreślić

*Załącznik nr 3 do Ogłoszenia*

……………………………………………..

Pieczęć firmowa Oferenta

**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 Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Chełmie oraz stronie dedykowanej realizacji programu wraz z podaniem telefonu dla pacjentów i wskazaniem personelu POZ uprawnionego do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach projektu pt. „Borelioza w lubelskim i podlaskim- profilaktyka, badanie i leczenie”.

……………………………….....

miejscowość, data

……………………………………………

pieczątka i podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania placówki POZ

*\*Informacja publikowana będzie wyłącznie w celu informowania o udziale Placówki w „Borelioza w lubelskim i podlaskim- profilaktyka, badanie i leczenie”.*