Załącznik nr 1

**Formularz ofertowy**

**Dotyczący naboru placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej z województwa podlaskiego do współpracy** w ramach projektu pn. „Wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców podlasia oraz wzrost wykrywalności raka jelita grubego poprzez zwiększenie liczby osób objętych badaniami kolonoskopowymi”, o numerze WND-RPPD.02.05.00-20-0011/17 **w zakresie realizacji szkoleń z zakresu profilaktyki raka jelita grubego w tym nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej oraz znaczenia badań profilaktycznych.**

**Dane Oferenta**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa placówki |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Nr domu/lokalu |  |
| Nr KRS |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Nr umowy z NFZ o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej |  |
| Status prawny |  |
| Adres e-mail |  |
| Nr telefonu |  |
| Imię i Nazwisko osoby uprawnionej do reprezentacji |  |

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Ogłoszenia o naborze oraz treścią wzoru umowy o Współpracy i umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych i akceptuję wszystkie zapisy zawarte w przedmiotowych dokumentach.
2. Oświadczam, że:
3. podpisanie przez placówkę, którą reprezentuję Umowy o współpracy jest równoznaczne z przystąpieniem do udziału w realizacji projektu „Wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców podlasia oraz wzrost wykrywalności raka jelita grubego poprzez zwiększenie liczby osób objętych badaniami kolonoskopowymi”.
4. placówka, którą reprezentuję spełnia warunki udziału w postepowaniu (**kryteria podstawowe**), tzn. prowadzi działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zgodnie z określonymi w tym zakresie przepisami prawa, jest wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, realizuje umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz prowadzi działalność w obszarze świadczenia usług zdrowotnych na terenie województwa podlaskiego,
5. zobowiązuję się zrealizować przedmiot postępowania zgodnie z wymaganiami określonymi w ogłoszeniu o naborze,
6. uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od zakończenia terminu składania ofert, a w przypadku wyboru oferty przez cały okres trwania umowy,
7. Deklaruję, że koszt przeprowadzenia jednego szkolenia, określonego jako przedmiot postępowania w placówce POZ, będzie równy stawce jednostkowej w wysokości 100 zł brutto za jedno szkolenie.
8. Oświadczam, że podane przeze mnie/nas dane są zgodne z prawdą i znane są nam sankcje wynikające z art. 233 par. 1 kodeksu karnego.
9. W nawiązaniu do **kryteriów premiujących**, oświadczam, że:
10. liczba personelu medycznego, zatrudnionego w placówce POZ lub współpracującego z placówką POZ wynosi:

- ………………. (lekarze)

- ……………….. (pielęgniarki),

1. podmiot prowadzi działalność / nie prowadzi działalności\* na obszarze „białych plam”, tj. powiat ………………………………….,
2. podmiot posiada / nie posiada\* udogodnienia dla osób niepełnosprawnych,
3. podmiot gwarantuje świadczenia w godzinach ……………………. .

**Miejscowość i data Imię i Nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania**

……………………………………… ……………………………………

\*niepotrzebne skreślić