

Załącznik nr 3 do Regulaminu
przeprowadzenia konkursu ofert na
udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o.o.
ul. Jana Pawła II 68
95-200 Pabianice

FORMULARZ OFERTY

dotyczący naboru placówek podstawowej opieki zdrowotnej do współpracy w ramach projektu pn. „Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji u młodzieży i młodych dorosłych - subregion centralny” POWR.05.01.00-00-0020/20, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

.....
Nazwa Placówki POZ

.....
Adres siedziby

.....
Nr telefonu oraz adres mail

.....
Imię i nazwisko osoby do kontaktu

.....
NIP / REGON

.....
Kontrakt z NFZ (proszę podać numer)

.....
Rodzaj podmiotu (*placówka POZ, szpital ogólny SOR/Izba Przyjęć, przychodnia studencka*)

Oświadczam, że posiadam zasoby kadrowe, niezbędne do udzielania świadczeń medycznych objętych przedmiotem zamówienia.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert oraz projektem umowy, a przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach zaproponowanych przez Realizatora, przy uwzględnieniu treści oferty.

....., dnia

.....
Pieczęć i czytelny podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania placówki POZ

.....
pieczęć firmowa Wykonawcy

OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM NABORU I REKRUTACJI I SPEŁNIENIU WARUNKÓW

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: łódzkiego lub mazowieckiego;
3. Dysponuje personelem medycznym niezbędnym do realizacji programu profilaktycznego, tj. przynajmniej 1 lekarz POZ i 1 pielęgniarka POZ.
4. Deklaruje udział osób z personelu medycznego w nieodpłatnym szkoleniu e-learning organizowanym przez Realizatora.
5. Akceptuję, iż wyłącznie osoby przeszkolone w ramach projektu profilaktycznego będą upoważnione do udzielenia świadczenia zdrowotnego.

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki POZ

* niepotrzebne skreślić