

„Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację i badania genetyczne w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej osób z licznymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego na obszarze województwa małopolskiego, świętokrzyskiego i podkarpackiego.”
nr POWR.05.01.00-00-0025/18, Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

FORMULARZ OFERTY

dotyczący otwartego naboru placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej z województw: małopolskiego, świętokrzyskiego i podkarpackiego w ramach projektu „Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację i badania genetyczne w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej osób z licznymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego na obszarze województwa małopolskiego, świętokrzyskiego i podkarpackiego.” w zakresie udzielania świadczeń medycznych pacjentom zakwalifikowanym do projektu oraz udziału personelu medycznego placówek POZ w szkoleniach

| | |
|------------------------|--|
| Nazwa placówki | |
| Województwo | |
| Powiat | |
| Gmina | |
| Miejscowość | |
| Kod pocztowy | |
| Ulica | |
| Nr domu/lokalu | |
| Nr KRS (jeśli dotyczy) | |
| NIP | |
| REGON | |
| Nr umowy z NFZ (POZ) | |
| Status prawny | |
| Adres e-mail | |
| Nr telefonu | |
| Dane osoby do kontaktu | |

Oświadczam, że :

1. Podpisanie przez naszą placówkę Podstawowej Opieki Zdrowotnej Umowy o współpracy jest równoznaczne z przystąpieniem do udziału w projekcie „Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację i badania genetyczne w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej osób z licznymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego na obszarze województwa małopolskiego, świętokrzyskiego i podkarpackiego.” oraz zakwalifikowanie nas jako uczestnika ww. Projektu.
2. Podpisanie przez naszą placówkę Umowy o współpracy jest równoznaczne z deklaracją przestrzegania zapisów „Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka



„Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację i badania genetyczne w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej osób z licznymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego na obszarze województwa małopolskiego, świętokrzyskiego i podkarpackiego.”
nr POWR.05.01.00-00-0025/18, Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

sercowo – naczyniowego (KORDIAN)”” oraz „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”

- 3 Zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o naborze, treścią Szczegółowego Opisu Przedmiotu Naboru (Zał.2) oraz treścią wzoru Umowy o Współpracy (Zał. 3) dostępnymi na stronie <http://su.krakow.pl/> i akceptuję wszystkie zapisy zawarte w przedmiotowych dokumentach

Miejscowość i data

Imię i Nazwisko
osoby uprawnionej do reprezentowania placówki:

.....

.....

(czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU

w procedurze naboru placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej z województw: małopolskiego świętokrzyskiego i podkarpackiego do współpracy w ramach projektu „Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację i badania genetyczne w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej osób z licznymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego na obszarze województwa małopolskiego, świętokrzyskiego i podkarpackiego.”
w zakresie udzielania świadczeń medycznych pacjentom zakwalifikowanym do projektu oraz udziału personelu medycznego placówek POZ w szkoleniach

Oświadczam, że placówka POZ, którą reprezentuję spełnia warunki udziału w procedurze naboru, tzn.:

1. Posiada jednostkę organizacyjną /siedzibę* na obszarze realizacji Projektu tj. na terenie jednego z województw: małopolskiego, świętokrzyskiego lub podkarpackiego*,
2. Posiada na dzień składania Oferty podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń lekarza POZ umożliwiającą realizację przedmiotu zamówienia,
3. Dysponuje personelem medycznym zatrudnionym w Placówce POZ (bez względu na formę zatrudnienia) niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia tj. minimum 6 osób, w tym co najmniej 2 lekarzy POZ,
4. Deklaruje udział w szkoleniach organizowanych przez Zamawiającego (min 6 osób) łącznie (liczba) osób z personelu medycznego zatrudnionego w placówce POZ (bez względu na formę zatrudnienia), tj. lekarze POZ, pielęgniarki, lekarze

„Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację i badania genetyczne w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej osób z licznymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego na obszarze województwa małopolskiego, świętokrzyskiego i podkarpackiego.”
nr POWR.05.01.00-00-0025/18, Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

medycyny pracy, personel udzielający wsparcia w postaci poradnictwa w zakresie diety, edukacji zdrowotnej oraz aktywności fizycznej , w tym:

..... (liczba)kobietę/kobiety*

..... (liczba)mężczyznę/mężczyzn* .

5. Deklaruję udział w szkoleniu (liczba) lekarzy Podstawowej Opieki zdrowotnej
6. Deklaruję udział w szkoleniu (liczba) lekarzy Medycyny Pracy
7. Deklaruję udział w szkoleniu (liczba) pielęgniarzek
8. Deklaruję udział w szkoleniu (liczba) personelu udzielającego wsparcia w postaci poradnictwa w zakresie diety, edukacji zdrowotnej oraz aktywności fizyczne, w tym:
 - dietetyków
 - specjalistów aktywności fizycznej
 - fizjoterapeuci
 - specjaliści zdrowia publicznego
9. Deklaruję wytypowanie min 67 osób z aktywnej listy pacjentów będących grupą docelową w projekcie, u których przeprowadzona zostanie wizyta kwalifikacyjna uzupełniona o wizytę konsultacyjną, w tym min 20 pacjentów zostanie włączonych do aktywnej profilaktyki - zestaw porad i aktywności prozdrowotnych (wartości te w trakcie realizacji Projektu mogą ulec zmianie).
10. Deklaruje, że koszt świadczenia nie przekroczy
 - za wizytę kwalifikacyjną uzupełnioną o wizytę konsultacyjną 110,00 zł brutto
 - za badania laboratoryjne i diagnostyczne (zestaw badań) 66,80 zł brutto
 - za jedną poradę prozdrowotną w ramach aktywnej profilaktyki - zestaw porad i aktywności prozdrowotnych 65,00 zł brutto
 - za wizytę końcową 110,00 zł brutto,
11. Deklaruje udzielanie świadczeń oraz badań w taki sposób, aby zapewnić do nich dostęp w godzinach 8.00-18.00 - liczba dni w tygodniu..... (co najmniej 2 razy w tygodniu),
12. Deklaruje udzielanie świadczeń oraz badań w soboty, liczba sobót w miesiącu..... (co najmniej jedna sobota w miesiącu):

Miejscowość i data

Imię i Nazwisko osoby uprawnionej
do reprezentowania placówki:

.....

.....

(czytelny podpis)

„Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację i badania genetyczne w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej osób z licznymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego na obszarze województwa małopolskiego, świętokrzyskiego i podkarpackiego.”
nr POWR.05.01.00-00-0025/18, Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Uwaga: Formularz oferty wraz z Oświadczeniem i spełnianiu warunków udziału można przestać w dowolnej formie:

1. Listownie na adres:

SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie,
ul. Mikołaja Kopernika 36,
31-501 Kraków

Sekcja ds. Działalności Komercyjnej i Nowych Projektów

Zamknięta koperta lub inne opakowanie musi być opatrzone danymi oferenta (nazwa i adres lub pieczęć firmowa oferenta) oraz zawierać oznaczenie :

Oferta – Nabór placówek POZ do projektu „Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację i badania genetyczne w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej osób z licznymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego na obszarze województwa małopolskiego, świętokrzyskiego i podkarpackiego.”

2. Drogą elektroniczną (mailowo), w tytule maila należy podać:

Oferta – Nabór placówek POZ do projektu „Profilaktyka miażdżycy tętnic i chorób serca.”

Oferta musi być przesłana do Zamawiającego w formie załącznika zawierającego skan (format pliku PDF) podpisanych dokumentów na adres nowe.projekty@su.krakow.pl

* niewłaściwe przekreślić