**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 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 4 osoby, w tym co najmniej 2 lekarzy POZ,
  4. Deklaruje udział w szkoleniach organizowanych przez Zamawiającego (min 4 osoby) łącznie .......... (liczba) osób z personelu medycznego zatrudnionego w placówce POZ (bez względu na formę zatrudnienia), tj. lekarze POZ, pielęgniarki, lekarze medycyny pracy, personel udzielający wsparcia w postaci poradnictwa w zakresie diety, edukacji zdrowotnej oraz aktywności fizycznej , w tym:

.......... (liczba)kobietę/kobiety\*

.......... (liczba)mężczyznę/mężczyzn\*.

* 1. Deklaruję udział w szkoleniu …..… (liczba) lekarzy Podstawowej Opieki zdrowotnej
  2. Deklaruję udział w szkoleniu …..… (liczba) lekarzy Medycyny Pracy
  3. Deklaruję udział w szkoleniu …..… (liczba) pielęgniarek
  4. 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

* 1. Deklaruję wytypowanie min 50 osób z aktywnej listy pacjentów będących grupą docelową w projekcie, u których przeprowadzona zostanie wizyta kwalifikacyjna uzupełniona o wizytę konsultacyjną, w tym min 15 pacjentów zostanie włączonych do aktywnej profilaktyki - zestaw porad i aktywności prozdrowotnych (wartości te w trakcie realizacji Projektu mogą ulec zmianie).
  2. 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,
  1. 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),
  2. 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) |

**Uwaga: Formularz oferty wraz z Oświadczeniem i spełnianiu warunków udziału można przesłać   
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.”*

1. 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 [kordian@su.krakow.pl](mailto:kordian@su.krakow.pl)