



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 1

**Śląskie Centrum Reumatologii, Rehabilitacji
i Zapobiegania Niepełnosprawności im. gen. Jerzego
Ziętka w Ustroniu Sp. z o.o.**

Ul. Szpitalna 11, 43-450 Ustroń

FORMULARZ OFERTY

Dotyczący naboru placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) do współpracy w ramach projektu pn. „Profilaktyka osteoporozy w makroregionie śląskim” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

DANE OFERENTA:

Nazwa placówki:.....

Adres siedziby:.....

Telefon/Fax:

Email:

NIP:

REGON:

Imię i nazwisko osoby do kontaktu:.....

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do podpisywania umowy z ramienia POZ:
.....

Nr umowy z NFZ o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej:

Nazwy i adresy POZ oddelegowanych do udziału w projekcie (jeśli w strukturze organizacyjnej danego POZ jest kilka jednostek):

1.....

2.....

3.....

4.....



Śląskie Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności
Im. Gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu Sp. z o. o.
43-450 Ustroń, ul. Szpitalna 11
Tel. 33 584 26 40 wew. 306, 240 Fax. 33 854 35 99



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW

Działając w imieniu Oferenta, oświadczam, że placówka
..... spełnia następujące wymogi:

- 1) Posiada status jednostki podstawowej opieki zdrowotnej działającej na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. DZ. U. z 2016, poz. 1638 ze zm.);
- 2) Posiada na dzień składania oferty podpisana umowę z narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, umożliwiającą realizację przedmiotu zamówienia;
- 3) Posiada siedzibę lub jednostkę organizacyjną na terenie województwa śląskiego, opolskiego lub dolnośląskiego;
- 4) Dysponuje personelem medycznym, zatrudnionym w placówce POZ, niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia tj. minimum 4 osoby personelu medycznego, w tym co najmniej 1 lekarz POZ;
- 5) Deklaruje udział lekarzy i pielęgniarek w szkoleniach organizowanych przez Organizatora w ramach projektu.
- 6) Zapewnia dostęp do świadczeń osobom z niepełnosprawnościami.

.....
miejsowość, data

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



Śląskie Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności
Im. Gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu Sp. z o. o.
43-450 Ustroń, ul. Szpitalna 11
Tel. 33 584 26 40 wew. 306, 240 Fax. 33 854 35 99