

Załącznik nr 2 do ogłoszenia

FORMULARZ OFERTOWY
do ogłoszenia nr BPD_005_FS218_2019

na wybór placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej do współpracy w zakresie realizacji Programu polityki zdrowotnej pn. *ABCDE samokontroli znamion – ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry* (dalej: Program) w ramach Projektu „Wdrożenie programu profilaktyki czerniaka, raka podstawnomórkowego, raka płaskonabłonkowego i innych nowotworów skóry oraz stanów ich poprzedzających w województwie mazowieckim i łódzkim”

Nazwa firmy:	
Adres siedziby:	
NIP:	
Tel./faks:	
Imię, nazwisko, telefon i e-mail osoby do kontaktu:	

Składając ofertę w odpowiedzi na ogłoszenie deklaruję chęć współpracy w zakresie realizacji Programu poprzez zgłoszenie do programu przychodni POZ:

Nazwa przychodni:

Adres:

Województwo: mazowieckie łódzkie

W ramach udziału w programie przychodni POZ deklaruję:

- oddelegowanie 2 lekarzy i 1 edukatora zdrowotnego (np. pielęgniarki) do udziału w bezpłatnym szkoleniu w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów skóry organizowanym przez WUM,
- udzielenie 76 indywidualnych konsultacji (wizyt) przez przeszkolonych lekarzy POZ
- udzielenie 20 indywidualnych konsultacji edukacyjnych przez przeszkolonego edukatora zdrowotnego (np. pielęgniarkę).

Jednocześnie oświadczam, że:

- Posiadam umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń POZ
- Deklaruję, że świadczenia w placówce POZ będą udzielane w dni powszednie, przy czym co najmniej dwa razy w tygodniu w godz. 8.00 -18.00

3) **Deklaruję, że w trakcie udziału placówki w Programie zapewnię udzielanie świadczeń w sobotę:**

co najmniej jedna sobota w miesiącu

co najmniej jedna sobota w trakcie trwania Programu, przy czym termin tego świadczenia ustalony będzie z Realizatorem

co najmniej (podać liczbę) soboty w trakcie trwania Programu, przy czym termin tego świadczenia ustalony będzie z Realizatorem

inne: (proszę podać szczegóły)

a) Deklaruję, że osoby wyznaczone do realizacji Projektu (lekarze i edukator zdrowotny) są pracownikami POZ lub współpracują na podstawie innych umów na realizację świadczeń lekarza/pielęgniarki POZ.

4) Zapoznałem się z treścią umowy współpracy i Programu polityki zdrowotnej pn. *ABCDE samokontroli znamion – ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry* i w pełni akceptuję ich treść.

.....

Podpis osoby upoważnionej