*Załącznik nr1*

………………….., dnia ……………..

 **FORMULARZ OFERTOWY**

**Dotyczący ogłoszenia o otwartym naborze konkursowym ośrodków ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do współpracy w ramach realizacji projektu pt. REALIZACJA PROGRAMU PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI W WOJEWÓDZTWIE LUBUSKIM, WIELKOPOLSKIM I ZACHODNIOPOMORSKIM**

**Dane Organizatora konkursu:**

Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań

REGON: 000291204,

NIP: 7781342057

**Dane Oferenta:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Nazwa Podmiotu* |  |
| *Status prawny* |  |
| *Nr księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą* |  |
| *Województwo* |  |
| *Powiat* |  |
| *Gmina* |  |
| *Miejscowość* |  |
| *Kod pocztowy* |  |
| *Ulica* |  |
| *Nr domu, nr lokalu* |  |
| *NR wpisu do KRS (jeśli dotyczy)* |  |
| *NIP* |  |
| *REGON* |  |
| *e-mail do kontaktu* |  |
| *Telefon do kontaktu**Imię i nazwisko osoby uprawnionej do kontaktu z Zamawiającym* |  |

niniejszym przedkładamy ofertę wraz z wymaganą dokumentacją.

Częścią integralną oferty są:

* formularz ofertowy wraz z oświadczeniem o spełnieniu warunków (stanowiący załącznik nr 1),
* parafowaną i zaakceptowaną Umowę współpracy wraz z załącznikami w ramach realizacji projektu pt. REALIZACJA PROGRAMU PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI W WOJEWÓDZTWIE LUBUSKIM, WIELKOPOLSKIM I ZACHODNIOPOMORSKIM (stanowiącą załącznik nr 3)

|  |  |
| --- | --- |
| ………………….., dnia .................................   |  podpis osoby(osób) uprawnionej(ych |

Oświadczam, że uważam się za związany/a niniejszą ofertą przez okres 30 dni od zakończenia terminu składania ofert, a w przypadku wyboru oferty przez cały okres trwania umowy.

Oświadczam, że podane przeze mnie/nas dane są zgodne z prawdą i znane są nam sankcje wynikające z art. 233 par. 1 kodeksu karnego.

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW**

Działając w imieniu Oferenta, niniejszym oświadczam, że ośrodek

……………………………………………………………………………………………………………………….

 spełnia następujące wymogi:

1. posiada status wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
2. posiada siedzibę na terenie jednego z trzech województw - lubuskiego, wielkopolskiego lub zachodniopomorskiego,
3. posiada działający fiberoskop,
4. zatrudnia minimum dwóch lekarzy ze specjalizacją z otolaryngologii/otorynolaryngologii,
5. dysponuje zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem umożliwiającym współpracę w ramach Projektu.

Deklaruję przebadanie 850 pacjentów w ramach Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi w terminie od 01.03.2017- 30.06.2020 r.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………….., dnia ................................. | podpis osoby(osób) uprawnionej(ych |