

Załącznik nr 1

....., dnia.....

Formularz ofertowy

dotyczący ogłoszenia o uzupełniającym otwartym naborze konkursowym dotyczącym wyboru: placówek podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – Poradnia dermatologiczna do współpracy w ramach realizacji projektu pn.: „Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim”

Dane Organizatora konkursu:

Wielkopolskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Garbary 15, 61-866 Poznań
REGON: 000291204, NIP: 778-13-42-057

Dane Oferenta

<i>Nazwa Podmiotu</i>	
<i>Status prawny</i>	
<i>Nr księgi rejestrowej</i>	
<i>nr umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna</i>	
<i>Kadra medyczna (należy wpisać liczbę lekarzy POZ zatrudnionych lub współpracujących z POZ)</i>	
<i>nr umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS-Poradnia Dermatologiczna (o ile jest)</i>	
<i>Kadra medyczna (należy wpisać liczbę lekarzy AOS zatrudnionych lub współpracujących z AOS)</i>	
<i>Województwo</i>	



<i>Powiat</i>	
<i>Gmina</i>	
<i>Miejscowość</i>	
<i>Kod Pocztowy</i>	
<i>Ulica</i>	
<i>Nr domu, nr lokalu</i>	
<i>Nr wpisu do KRS (jeśli dotyczy)</i>	
<i>NIP</i>	
<i>REGON</i>	
<i>e-mail osoby do kontaktu</i>	
<i>Telefon do kontaktu</i> <i>Imię i nazwisko osoby uprawnionej do kontaktu z Zamawiającym</i>	

OFERTA

w związku z ogłoszeniem o uzupełniającym otwartym naborze konkursowym dotyczącym wyboru placówek podstawowej opieki zdrowotnej, placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – Poradnia dermatologiczna oraz placówek realizujących zarówno świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – Poradnia dermatologiczna do współpracy w ramach realizacji projektu pt.: **Realizacja programu profilaktyki nowotworów skóry i**

edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim niniejszym przedkładamy ofertę na realizację zadań:

POZ

AOS

W tym:

- indywidualna konsultacja lekarza POZ,
- indywidualna konsultacja edukacyjna/świadomościowa
- badanie videodermatoskopowe wraz z poradą specjalisty
- badanie dermatoskopowe wraz z poradą specjalisty

Zgodnie z harmonogramem, tj.:

- w dni powszednie minimum 6 godzin,
- w dni powszednie minimum 10 godzin,
- dodatkowo w wybrane soboty,
- dodatkowo podczas eventów

Jednostka realizowała/je bądź uczestniczyła w następujących programach profilaktycznych w zakresie nowotworów (należy wskazać jakie):

1.
2.
3.
4.

Jednostka realizowała/je bądź uczestniczyła w następujących projektach finansowanych z funduszy Unii Europejskiej (należy wskazać jakie):

1.
2.
3.
4.

Jednostka współpracowała/uje z podmiotami lub organizacjami podejmującymi działania w zakresie profilaktyki zdrowia, w szczególności profilaktyki chorób nowotworowych (należy wskazać jakimi)

1.
2.
3.
4.

Dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnych (wskazać sposób):

1.
2.
3.
4.

Jednostka proponuje także inne formy współpracy w ramach projektu np.:

.....

.....

Niniejszym przedkładam ofertę wraz z wymaganą dokumentacją.

Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część, są:

- a) oświadczenie o spełnieniu warunków,
- b) zaparafowany projekt/projekty umowy/umów,
- c) formularz dotyczący spełnienia kryteriów.

.....
podpis osoby (osób) uprawnionej(ych)