**FORMULARZ SZACOWANIA WARTOŚCI ZAMÓWIENIA z dnia 27.01.2021r.**

Tytuł projektu: Realizacja regionalnego programu zdrowotnego - Zapobieganie ciężkim zapaleniom płuc i powikłaniom pogrypowym u osób z chorobami nowotworowymi

Oś priorytetowa 6: Rynek pracy

Działanie 6.6 Wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne

Poddziałanie 6.6.1 Wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne

**Dane Oferenta:**

**Nazwisko i imię: .....................................................................................**

**Adres: .....................................................................................................**

**Numer telefonu:......................................................................................**

**Adres poczty elektronicznej: ...................................................................**

Szacowanie wartości zamówienia dotyczy poniższego przedmiotu zamówienia:

1. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

Usługa pre triaż, która obejmuje:

* weryfikacja pacjentów wchodzących do WCO z listą przyjęć na dany dzień,
* pomiar temperatury ciała u pacjentów wchodzących,
* instruowanie pacjentów, kierowanie do właściwej poradni, udzielanie informacji,
* pomoc pacjentom w wypełnianiu ankiet,
* uzupełnienie „Ankiety pacjenta zgłaszającego się z powodu podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2” w części parametrów życiowych,
* w sytuacji wystąpienia parametrów ryzyka COVID, skierowanie do części wydzielonej oraz poinformowanie jednostki kierującej

Zapewniony jest sprzęt ochrony osobistej.

Informuję, że wartość rynkowa wykonania zamówienia w zakresie usługi pre triage, uwzględniająca wszystkie elementy składowe zamówienia, w zakresie określonym w Opisie Przedmiotu Zamówienia wynosi …………………………………………………. zł brutto za każdego zweryfikowanego pacjenta.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………..…….  Miejscowość, data | ……………………………………….………………………..  Podpis Osoby  uprawnionej do reprezentowania Oferenta |