

Załącznik nr 3

....., dnia

Organizator konkursu:
Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
ul. Garbary 15, 61-866 Poznań

OFERENT

Nazwa:.....
.....
Adres:
Tel..... FAX
REGON..... NIP
E-mail
Numer KRS
Numer księgi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:.....
Osoba/y uprawniona/e do reprezentacji Oferenta:
.....
Dane kontaktowe osoby odpowiedzialnej za realizację zamówienia:
Imię i nazwisko osoby do kontaktu:
Nr telefonu:
Adres e-mail:

OFERTA

W związku z ogłoszeniem o otwartym naborze konkursowym dotyczącym wyboru podmiotów medycznych do współpracy w ramach projektu pt. „Realizacja programu profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi w makroregionie zachodnim”, nr POWR.05.01.00-00-0036/20 niniejszym działając w imieniu Oferenta składam niniejszą ofertę.
Deklaruję objęcie Programem pacjentek (*placówka może zadeklarować maksymalnie 40 pacjentek*) na terenie województwa

Deklaruję udzielanie następujących świadczeń:

Nazwa świadczenia:	Deklarowana liczba świadczeń:
1) wizyta fizjoterapeutyczna 1 - badanie przed zabiegiem (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – <i>jedno świadczenie dla jednej pacjentki</i>	
2) wizyta fizjoterapeutyczna 2 - świadczenie po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – <i>średnio 3 świadczenia na dla jednej pacjentki</i>	
3) wizyta fizjoterapeutyczna 3- badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 1 miesiąc po zabiegu - <i>jedno świadczenie dla jednej pacjentki z grupy 1</i>	
4) wizyta fizjoterapeutyczna 4 - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 4-6 miesięcy po zabiegu - <i>jedno świadczenie dla jednej pacjentki z grupy 1</i>	
5) wizyta fizjoterapeutyczna 5 - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 10-12 miesięcy po zabiegu - <i>jedno świadczenie dla jednej pacjentki z grupy 1</i>	
6) wizyta fizjoterapeutyczna 6 - badanie przed zabiegiem (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi) - <i>jedno świadczenie dla jednej pacjentki z grup 2a i 2b</i>	
7) wizyta fizjoterapeutyczna 7 - po zabiegu (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi) - <i>jedno świadczenie dla jednej pacjentki z grup 2a i 2b</i>	

8) wizyta fizjoterapeutyczna 8 - badanie 1 miesiąc po zabiegu oraz 5-6 miesiąc po zabiegu (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi) – <i>dwa świadczenia dla jednej pacjentki z grupy 2a</i>	
9) Wizyta fizjoterapeutyczna 9 - badanie 1 miesiąc po operacji i 1 dzień przed radioterapią oraz w dniu zakończenia radioterapii (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniem raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii) - <i>trzy świadczenia dla jednej pacjentki z grupy 2b</i>	
10) wizyta fizjoterapeutyczna 10 - badanie 4-6 miesiąc oraz w 10-12 miesiąc po zakończeniu radioterapii - (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniem raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii) - <i>dwa świadczenia dla jednej pacjentki z grupy 2b</i>	
11) Zajęcia ruchowe (wszystkie grupy) po chirurgicznym leczeniu raka piersi – <i>średnio siedem świadczeń dla jednej pacjentki z dowolnej grupy</i>	
12) Porada psychologiczna po chirurgicznym leczeniu raka piersi - <i>średnio 2,5 świadczenia dla jednej pacjentki z dowolnej grupy</i>	
13) Warsztaty psychologiczne po chirurgicznym leczeniu raka piersi - <i>średnio siedem świadczeń dla jednej pacjentki z dowolnej grupy</i>	
14) Porada dietetyczna po chirurgicznym leczeniu raka piersi - <i>średnio 2,5 świadczenia dla jednej pacjentki z dowolnej grupy</i>	

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie Wykonawca spełnia następujące wymogi:

1. jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem, posiada uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, posiada status podmiotu wykonującego działalność leczniczą działającego na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
2. posiada umowę z OW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej realizowanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej lub warunkach oddziału dziennego w rodzaju rehabilitacji ogólnoustrojowej; numer umowy z NFZ:
3. zapoznał się z treścią warunków konkursu w tym z Ogólnopolskim programem profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi (stanowiącym załącznik nr 1 do ogłoszenia o konkursie) i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz uzyskał niezbędne informacje do przygotowania oferty;
4. dysponuje zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem umożliwiającym realizację świadczeń medycznych zgodnie z Ogólnopolskim programem obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi;
5. osoby, które będą realizowały zamówienie posiadają doświadczenie i kwalifikacje zgodne z wymogami Ogólnopolskiego programu profilaktyki obrzęku limfatycznego;
6. akceptuje warunki umowy zawarte we wzorze umowy (załącznik nr 4) stanowiącej integralną część niniejszych warunków konkursu;
7. będzie realizował świadczenia w
(wskazać miejsce realizacji świadczeń);
8. znajduje się w sytuacji finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia;
9. nie została z nim rozwiązana przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy;
10. Liczba osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wyniesie nie mniej niż, co stanowi liczbę umożliwiającą właściwą realizację Programu;
11. zobowiązuje się wykonać cały zakres przedmiotu zamówienia siłami własnymi;
12. wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu konkursowym (jeśli dotyczy).

Oświadczenia dotyczące spełniania dodatkowych kryteriów merytorycznych:

1. Reprezentowany przeze mnie Wykonawca posiada/nie posiada¹ akredytację/i wydaną/ej na podstawie ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia lub jest w okresie przygotowawczym do

¹ Skreślić niewłaściwe

przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej (okres przygotowawczy rozpoczyna się od daty podpisania przez dany podmiot umowy w zakresie przeprowadzenia przeglądu akredytacyjnego).

2. Reprezentowany przeze mnie Wykonawca realizował w ostatnich 12 miesiącach następujące programy profilaktyczne (należy podać nazwę programu, okres realizacji, źródło finansowania):

-

.....

-

.....

-

.....

-

.....

-

.....

3. Reprezentowany przeze mnie Wykonawca realizuje bądź realizował w ostatnich 12 miesiącach projekty finansowane z funduszy Unii Europejskiej (należy podać numer i tytuł projektu, okres realizacji)

-

.....

-

.....

-

.....

-

.....

-

.....

4. Reprezentowany przeze mnie Wykonawca deklaruje godziny wykonywania świadczeń dla pacjentów w ramach zawartej umowy):

- ☐ w dni powszednie minimum 6 godzin, w tym minimum 3 dni do 18:00 oraz w minimum jedną sobotę w miesiącu
- ☐ w dni powszednie minimum 6 godzin, w tym minimum 4 dni do 18:00 oraz w minimum jedną sobotę w miesiącu lub w dni powszednie minimum 6 godzin, w tym minimum 3 dni do 18:00 oraz w minimum dwie soboty w miesiącu
- ☐ w dni powszednie minimum 6 godzin, w tym minimum 4 dni do 18:00 oraz w minimum dwie soboty w miesiącu

Reprezentowany przeze mnie Wykonawca oświadcza, że miejsce wykonywania świadczeń jest dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami w następujący sposób (wskazać rodzaj udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami, np. windy, podjazdy, toalety):

-
-
-

podpis i pieczęć osoby(osób) uprawnionej(ych)