*Załącznik nr 3*

………………….., dnia ……………..

  **Organizator konkursu:**

**Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny**

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Kielcach**

 **ul. Artwińskiego 3 25-734 Kielce**

**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 realizacje 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 realizacji projektu pt. „Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi – moduł regionalny” nr POWR.05.01.00-00-0031/20** niniejszym działając w imieniu Oferenta składam niniejszą ofertę.

 Deklaruję objęcie Programem ………………. pacjentek (*placówka może zadeklarować maksymalnie 60 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) – *jedno świadczenie dla jednej pacjentki*
 |  |
| 1. wizyta fizjoterapeutyczna 2 - świadczenie po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – *średnio 3 świadczenia na dla jednej pacjentki*
 |  |
| 1. wizyta fizjoterapeutyczna 3- badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 1 miesiąc po zabiegu - *jedno świadczenie dla jednej pacjentki z grupy 1*
 |  |
| 1. wizyta fizjoterapeutyczna 4 - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 4-6 miesięcy po zabiegu - *jedno świadczenie dla jednej pacjentki z grupy 1*
 |  |
| 1. wizyta fizjoterapeutyczna 5 - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 10-12 miesięcy po zabiegu - *jedno świadczenie dla jednej pacjentki z grupy 1*
 |  |
| 1. wizyta fizjoterapeutyczna 6 - badanie przed zabiegiem (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi) - *jedno świadczenie dla jednej pacjentki z grup 2a i 2b*
 |  |
| 1. wizyta fizjoterapeutyczna 7 - po zabiegu (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi) - *jedno świadczenie dla jednej pacjentki z grup 2a i 2b*
 |  |
| 1. 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) – *dwa świadczenia dla jednej pacjentki z grupy 2a*
 |  |
| 1. 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) - *trzy świadczenia dla jednej pacjentki z grupy 2b*
 |  |
| 1. 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) - *dwa świadczenia dla jednej pacjentki z grupy 2b*
 |  |
| 1. Zajęcia ruchowe (wszystkie grupy) po chirurgicznym leczeniu raka piersi – *średnio siedem świadczeń dla jednej pacjentki z dowolnej grupy*
 |  |
| 1. Porada psychologiczna po chirurgicznym leczeniu raka piersi - *średnio 2,5 świadczenia dla jednej pacjentki z dowolnej grupy*
 |  |
| 1. Warsztaty psychologiczne po chirurgicznym leczeniu raka piersi - *średnio siedem świadczeń dla jednej pacjentki z dowolnej grupy*
 |  |
| 1. Porada dietetyczna po chirurgicznym leczeniu raka piersi - *średnio 2,5 świadczenia dla jednej pacjentki z dowolnej grupy*
 |  |

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 3) 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 posiada[[1]](#footnote-1)** akredytację/i wydaną/ej na podstawie ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia lub jest w okresie przygotowawczym do 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):

-

-

-

-

-

* + - 1. 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)

-

-

-

-

* + - 1. 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 osoby(osób) uprawnionej(ych)

1. Skreślić niewłaściwe [↑](#footnote-ref-1)