*Załącznik nr 1*

………………….., 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 ……………………………………………………

**OFERTA**

**W związku z ogłoszeniem o otwartym naborze konkursowym dotyczącym wyboru medycznych do współpracy w ramach realizacji projektu pt. „Profilaktyka nowotworów płuc” nr POWR.05.01.00-00-0002/19** niniejszym działając w imieniu Oferenta składam ofertę i deklaruję objęcie programem ………………. pacjentów (*placówka może zadeklarować maksymalnie 130 pacjentów*).

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie Wykonawca spełnia następujące wymogi:

1. 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 siedzibę na terenie powiatu ………………………………;
3. dysponuje zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem umożliwiającym realizację świadczeń medycznych zgodnie z OPWWRP ………………….. .

Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie Wykonawca:

1. zapoznał się z treścią warunków konkursu w szczególności z OPWWRP (stanowiącym załącznik nr 3 do ogłoszenia o konkursie) i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz uzyskał niezbędne informacje do przygotowania oferty;
2. akceptuje warunki umowy zawarte we wzorze umowy stanowiącej integralną część niniejszych warunków konkursu;
3. wyraża zgodę na kontrolę przez Organizatora konkursu lub przez Instytucję Pośredniczącą w zakresie przedmiotowym podpisanej umowy.

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 w zakresie nowotworów (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 1 dzień do 18:00 - 1 pkt

w dni powszednie minimum 8 godzin, w tym minimum 1 dzień do 18:00 – 2 pkt

w dni powszednie minimum 8 godzin, w tym minimum 1 dzień do 18:00 oraz dodatkowo w soboty– 3 pkt

* + - 1. 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)