



Załącznik nr 1

.....  
Pieczęć firmowa Oferenta

**Narodowy Instytut Geriatrii,  
Reumatologii i Rehabilitacji  
im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher**  
ul. Spartańska 1  
02-637 Warszawa

## FORMULARZ OFERTY

Dotyczący naboru placówek podstawowej opieki zdrowotnej do współpracy w ramach projektu pn. „Program profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

### DANE OFERENTA:

**Nazwa Placówki:**

.....

**Adres siedziby:**

.....

Województwo:     mazowieckie     łódzkie

**Telefon/Fax:**

.....

**Email:**

.....

**Imię i nazwisko osoby do kontaktu:**

.....

Informacje dodatkowe:

Ilość pacjentów obsługiwanych przez POZ:

- do 500
- od 500 do 1000
- powyżej 1000.



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita  
Polska**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



*Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Umowy do niniejszego ogłoszenia i akceptuję jej zapisy.*

*Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt pn. „Program profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*

.....  
Miejscowość, data

.....  
Pieczętka i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania placówki POZ



Załącznik nr 2

.....  
pieczęć firmowa Wykonawcy

## **OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM I SPEŁNIENIU WARUNKÓW**

Działając w imieniu Oferenta, niniejszym oświadczam, że przed przystąpieniem do Projektu zapoznałem/am się z obowiązującym Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie.

Oświadczam również, iż placówka POZ, którą reprezentuję spełnia następujące wymogi:

1. Posiada kontrakt z NFZ na udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna;
2. Posiada jednostkę organizacyjną i/lub siedzibę na obszarze realizacji Projektu, tj. na terenie jednego z województw: mazowieckiego lub łódzkiego.
3. Posiada gabinet zabiegowy i możliwość pobierania krwi do badań diagnostycznych;
4. Dysponuje personelem medycznym niezbędnym do realizacji programu profilaktycznego, tj. przynajmniej 1 lekarz POZ i 1 pielęgniarka POZ.
5. Deklaruje udział osób z personelu medycznego w szkoleniu e-learning oraz 2 szkoleniach z elementami warsztatu organizowanych przez Zamawiającego. (Zamawiający informuje, że szkolenia są nieodpłatne).
6. Akceptuję, iż wyłącznie osoby przeszkolone w ramach projektu profilaktycznego będą upoważnione do udzielenia świadczenia zdrowotnego.
7. Zapewnia dostęp dla osób z niepełnosprawnością ruchową (tj. dostosowanie architektoniczne).

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęćka i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania placówki POZ

\* niepotrzebne skreślić



Załącznik nr 3

.....  
Pieczęć firmowa Wykonawcy

## **OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PUBLIKACJĘ**

Działając w imieniu Oferenta wyrażam zgodę na umieszczenie informacji\* o reprezentowanej przeze mnie Placówce Podstawowej Opieki Zdrowotnej na stronie internetowej Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji oraz stronie dedykowanej realizacji programu wraz z podaniem telefonu dla pacjentów i wskazaniem personelu POZ uprawnionego do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach projektu pt. „Program profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji”.

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczętka i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki POZ

*\*Informacja publikowana będzie wyłącznie w celu informowania o udziale Placówki w „Programie profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji”.*