



.....  
Pieczęć firmowa Wykonawcy

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

### FORMULARZ OFERTY

Dotyczący naboru Podmiotów Leczniczych do współpracy w ramach projektu pn. „Program profilaktyki Osteoporozy 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:**

.....

**Telefon/Fax:** .....

**Email:** .....

**Imię i nazwisko osoby do kontaktu:**

.....

**Nr umowy z NFZ o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej:** .....

*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 Osteoporozy Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.*

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęćka i podpis osoby uprawnionej do  
reprezentowania Podmiotu Leczniczego

.....  
Pieczęć firmowa Wykonawcy

### OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW

Działając w imieniu Oferenta, niniejszym oświadczam, że Podmiot Lecznicy spełnia następujące wymogi:

1. Posiada jednostkę organizacyjną i/lub siedzibę na obszarze realizacji Projektu, tj. na terenie jednego z województw: mazowieckiego, łódzkiego,
2. Posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na **udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.**
3. Dysponuje zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem umożliwiającym współpracę w ramach projektu.
4. Dysponuje personelem medycznym niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia, tj. (co najmniej jeden lekarz specjalista w zakresie leczenia osteoporozy oraz co najmniej jeden koordynator złamań posiadający prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych, których oddeleguje do udziału w programie
5. Dysponuje sprzętem - densytmetr pracujący w systemie DXA (dwuwiązkowa absorpcjometria rentgenowska, dual energy X-ray absorptiometry), wykonujący pomiary gęstości mineralnej kości (BMD) w lokalizacjach centralnych (bliższy koniec kości udowej) i lokalizacji obwodowej (kości przedramienia, odcinek dystalny). Zalecana norma odniesienia aparatu to baza NHANES III (nie inna). Densytmetr kalibrowany w pracowni na fantomie. Precyzja i powtarzalność pomiarów powinny być dla pracowni określone w zakresie zaleceń producenta/serwisu aparatu. Dostępna forma graficzna wyniku pomiaru w postaci wydruku i w formie zapisu elektronicznego (komputer).
6. Posiada pracownię RTG.
7. Stosuje się do wymogów dla pracowni RTG zgodnych z przepisami BHP i ochrony radiologicznej.
8. Deklaruje udział personelu medycznego w szkoleniu i warsztatach organizowanych przez Zamawiającego w tym w szkoleniu e-learningowym z testami zaliczającymi uzyskanie niezbędnej wiedzy i certyfikatem ukończenia. (Zamawiający informuje, że szkolenie i warsztaty będą nieodpłatne).
9. Deklaruje przyjęcie 180 pacjentek u lekarza specjalisty w zakresie leczenia osteoporozy oraz 50 pacjentek wytypowanych przez koordynatora złamań.
10. Zapewnia dostęp dla osób z niepełnosprawnością ruchową (tj. dostosowanie architektoniczne).

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczętka i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Podmiotu Lecznicy



*Załącznik nr 3*

.....  
Pieczęć firmowa Wykonawcy

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

Działając w imieniu Oferenta wyrażam zgodę na umieszczenie informacji\* o reprezentowanym przeze mnie Podmiocie Leczniczym na stronie internetowej Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher z siedzibą w Warszawie, na potrzeby projektu pn. „Program profilaktyki Osteoporozy Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęćka i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Podmiotu  
Leczniczego



- \* *Informacja publikowana będzie wyłącznie w celu informowania o udziale Podmiotu Leczniczego w Programie koordynacji profilaktyki złamań osteoporotycznych.*