

Załącznik nr 1 do Ogłoszenia

.....  
Pieczęć firmowa Oferenta

*Szpital Neuropsychiatryczny im.  
Prof. Mieczysława Kaczyńskiego  
Samodzielny Publiczny Zakład  
Opieki Zdrowotnej w Lublinie*

## FORMULARZ OFERTY

Dotyczący naboru placówek podstawowej opieki zdrowotnej do współpracy w ramach projektu pn. *Wdrożenie programu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży oraz młodych dorosłych na terenie makroregionu wschodniego* POWR.05.01.00-00-0011/20, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

DANE OFERENTA:

### I. Nazwa Placówki POZ:

.....

### II. Adres

siedziby:.....

.....

Województwo:  lubelskie  podlaskie

### III.

Telefon/Fax:.....

.....

### IV.

Email:.....

.....

V. Imię i nazwisko osoby do kontaktu.....

### VI. Kontrakt z NFZ:

TAK (podać nr.....)

NIE

**VII. Rodzaj podmiotu:**

placówka POZ

szpital ogólny (SOR/Izba Przyjęć)

przychodnia studencka

**VIII. Czy placówka posiada dostęp dla osób z niepełnosprawnością ruchową:**

TAK

NIE

*Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Umowy załączonej do ogłoszenia i akceptuję jej zapisy.  
Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt pn. Wdrożenie programu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży oraz młodych dorosłych na terenie makroregionu wschodniego POWR.05.01.00-00-0011/20, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*

.....  
miejsowość, data

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

.....  
pieczęć firmowa Wykonawcy

### **OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM NABORU I REKRUTACJI 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:

Posiada kontrakt z NFZ na udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna;

Posiada jednostkę organizacyjną i/lub siedzibę na obszarze realizacji Projektu, tj. na terenie jednego z województw: lubelskiego lub podlaskiego;

Dysponuje personelem medycznym niezbędnym do realizacji programu profilaktycznego, tj. przynajmniej 1 lekarz POZ i 1 pielęgniarka POZ.

Deklaruje udział osób z personelu medycznego w nieodpłatnym szkoleniu e-learning organizowanym przez Zamawiającego.

Akceptuję, iż wyłącznie osoby przeszkolone w ramach projektu profilaktycznego będą upoważnione do udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Zapewnia dostęp dla osób z niepełnosprawnością ruchową (tj. dostosowanie architektoniczne, Jeśli wskazano w formularzu ofertowym).

.....  
miejsowość, data

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

\* niepotrzebne skreślić

.....  
Pieczęć firmowa Oferenta

### 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 Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie oraz stronie dedykowanej realizacji programu wraz z podaniem telefonu dla pacjentów i wskazaniem personelu POZ uprawnionego do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach projektu pt. *Wdrożenie programu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży oraz młodych dorosłych na terenie makroregionu wschodniego*

.....  
miejsowość, data

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