**Załącznik nr 2 do ogłoszenia**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do ogłoszenia nr BPD\_018\_FS218\_2020**

na wybór placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej do współpracy w zakresie realizacji Programu polityki zdrowotnej pn. *ABCDE samokontroli znamion – ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry*  (dalej: Program) w ramach Projektu „Wdrożenie programu profilaktyki czerniaka, raka podstawnokomórkowego, raka płaskonabłonkowego i innych nowotworów skóry oraz stanów ich poprzedzających w województwie mazowieckim i łódzkim”

|  |  |
| --- | --- |
| *Nazwa firmy:*  |  |
| *Adres siedziby:*  |  |
| *NIP:*  |  |
| *Tel./faks:* |  |
| *Imię, nazwisko, telefon i e-mail osoby do kontaktu:* |  |

Składając ofertę w odpowiedzi na ogłoszenie deklaruję chęć współpracy w zakresie realizacji Programu poprzez zgłoszenie do programu przychodni POZ:

Nazwa przychodni: ……………………………………………………

Adres: …………………………………………………………………

Województwo: □ mazowieckie □ łódzkie

W ramach udziału w programie przychodni POZ deklaruję:

1. oddelegowanie 2 lekarzy i 1 edukatora zdrowotnego ( np. pielęgniarki) do udziału w bezpłatnym szkoleniu w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów skóry organizowanym przez WUM, przy czym możliwe jest odbycie szkolenia w formie e-learnigowej
2. udzielenie 76 indywidualnych konsultacji (wizyt) przez przeszkolonych lekarzy POZ
3. udzielenie 20 indywidualnych konsultacji edukacyjnych przez przeszkolonego edukatora zdrowotnego (np. pielęgniarkę).

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Posiadam umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń POZ
2. Deklaruję, że świadczenia w placówce POZ będą udzielane w dni powszednie, przy czym co najmniej dwa razy w tygodniu w godz. 8.00 -18.00
3. **Deklaruję, że w trakcie udziału placówki w Programie zapewnię udzielanie świadczeń w sobotę:**

□ co najmniej jedna sobota w miesiącu

□ co najmniej jedna sobota w trakcie trwania Programu, przy czym termin tego świadczenia ustalony będzie z Realizatorem

□ co najmniej …….. (*podać liczbę*) soboty w trakcie trwania Programu, przy czym termin tego świadczenia ustalony będzie z Realizatorem

□ inne: (proszę podać szczegóły) …………………………………………………………….

1. Deklaruję, że osoby wyznaczone do realizacji Projektu (lekarze i edukator zdrowotny) są pracownikami POZ lub współpracują na podstawie innych umów na realizację świadczeń lekarza/pielęgniarki POZ.
2. Zapoznałem się z treścią umowy współpracy i Programu polityki zdrowotnej pn. *ABCDE samokontroli znamion – ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry* i w pełni akceptuję ich treść.

…………………………………..

Podpis osoby upoważnionej