Załącznik nr 1 FORMULARZ OFERTY

FORMULARZ OFERTY

Organizator konkursu:
Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
ul. Nowe Ogrody 1-6
80-803 Gdańsk

OFERENT:

Nazwa	
Adres	
Telefon/fax	
REGON	
NIP	
FAX	
E-mail	
Nr umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna	
Osoby upoważnione do podpisania umowy z ramienia POZ	

OFERTA

w związku z ogłoszeniem konkursu ofert dotyczącego zawarcia współpracy z podmiotami leczniczymi (POZ) na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań (testów) przesiewowych, wśród kobiet w okresie poporodowym do roku po urodzeniu dziecka, dotyczących wczesnej identyfikacji depresji poporodowej, przeprowadzania konsultacji psychologicznych oraz współpracy w zakresie wdrażania profilaktyki dotyczącej wczesnego wykrywania depresji poporodowej poprzez udział w bezpłatnych szkoleniach (POZ i Szpitale), w ramach realizacji projektu „Przystanek MAMA", współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020., niniejszym przedkładamy ofertę wraz z wymaganą dokumentacją.

Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część, są:

a) Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert
b) oświadczenie o spełnieniu warunków – Załącznik nr 2
c) wykaz osób położnych/pielęgniarek – Załącznik nr 3
d) wykaz osób psychologów – Załącznik nr 4
e) odpis dyplomu ukończenia studiów magisterskich na kierunku psychologii, psychologów wykazanych w załączniku nr 4
f) oświadczenie Szpitali dot. osób skierowanych na szkolenia – Załącznik nr 5
g) zaparafowany projekt umowy

……., data .....

_____

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)
do reprezentowania Oferenta

.....

(pieczęć Oferenta)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW

Organizator konkursu:
Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
ul. Nowe Ogrody 1-6
80-803 Gdańsk

OFERENT:

Nazwa	
Adres	
Telefon/fax	
REGON	
NIP	
FAX	
E-mail	

Działając w imieniu Oferenta, niniejszym oświadczam, że placówka …… spełnia następujące wymogi:

1) jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2018 r., poz. 160 ze zm.) i pozostałymi przepisami,
2) posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń POZ,
3) posiada oddział ginekologiczno - położniczy – w przypadku Szpitali,
4) posiada siedzibę lub jednostkę organizacyjną na terenie województwa pomorskiego, kujawsko-pomorskiego, warmińsko-mazurskiego,
5) zatrudnia minimum jedną położną/pielęgniarkę, zajmującą się kobietami w okresie poporodowym (dot. placówek POZ),
6) dysponuje zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem umożliwiającym współpracę w ramach Projektu,
7) placówka POZ dysponuje lub będzie dysponowała psychologiem, spełniającym następujące kryteria:
   - tytuł magistra psychologii, ukończenie jednolitych pięcioletnich studiów magisterskich
   - posiadający 3-letnie doświadczenie w pracy z osobami chorymi na depresję.

……., data .....

……..

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)
do reprezentowania Oferenta

* niepotrzebne skreślić

.....

(pieczęć Oferenta)

Załącznik nr 3 Wykaz osób (położnych/pielęgniarek), które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia

Wykaz osób (położnych/pielęgniarek), które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia

Nazwisko i imię	Kwalifikacje Prawo wykonywania zawodu	Informacja o podstawie do dysponowania osobami wymienionymi w kolumnie 1
		dysponuję/będę dysponował
		dysponuję/będę dysponował
		dysponuję/będę dysponował

Miejscowość, ……., dnia ……

……

podpis osoby/osób

upoważnionej/upoważnionych

do reprezentowania Oferenta

.....

(pieczęć Oferenta)

Załącznik nr 4 Wykaz osób (psychologów), które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia

Wykaz osób (psychologów), które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia

Nazwisko i imię	Kwalifikacje Prawo wykonywania zawodu	Doświadczenie	Informacja o podstawie do dysponowania osobami wymienionymi w kolumnie 1
			dysponuję/będę dysponował
			dysponuję/będę dysponował
			dysponuję/będę dysponował

Miejscowość, ……., dnia ……

……

podpis osoby/osób

upoważnionej/upoważnionych

do reprezentowania Oferenta

.....

(pieczęć Oferenta)

Załącznik nr 5 Oświadczenie Szpitali dot. osób skierowanych na szkolenia

OŚWIADCZENIE O LICZBIE OSÓB SKIEROWANYCH NA SZKOLENIA

Działając w imieniu i na rzecz :

.....

(pełna nazwa Oferenta)

.....

(adres siedziby Oferenta)

oświadczam(my), że na szkolenia z zakresu wczesnej identyfikacji depresji poporodowej, przeprowadzane przez lekarzy specjalistów psychiatrów i psychologów, zorganizowane przez Udzielającego zamówienia, zgodnie z zapisami Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert, zostanie skierowanych przez Przyjmującego zamówienie łącznie ……położnych/ pielęgniarek/lekarzy, zajmujących się kobietami w okresie poporodowym lub okołoporodowym

....., dn. ....

podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Oferenta