



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 (jeśli dotyczy)	
Osoby upoważnione do podpisania umowy z ramienia POZ/Szpitala	



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 (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 295, 567) 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

Wyzkaz 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