

Projekt POWR.05.01.00-00-0024/18 pn. „Sercu na Ratunek - Program KORDIAN 2020. Program Profilaktyki Chorób Serca i Naczyń oraz Diagnostyki Hipercholesterolemii Rodzinnej w województwie łódzkim i mazowieckim” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Warszawa, dnia 2019.09.18

## KOMUNIKAT

**Termin złożenia ofert zostaje wydłużony do 30 września 2019 roku, do godz. 10.00**, z uwagi na konieczność rozbudowania Formularza oferty (zał. nr 1 do SWKO) o możliwość wpisywania więcej niż jednego miejsca świadczenia usług medycznych, w postępowaniu konkursowym na nabór placówek POZ w projekcie „Sercu na Ratunek - Program KORDIAN 2020. Program Profilaktyki Chorób Serca i Naczyń oraz Diagnostyki Hipercholesterolemii Rodzinnej w województwie łódzkim i mazowieckim”.

Miejsce złożenia oferty pozostaje bez zmian:

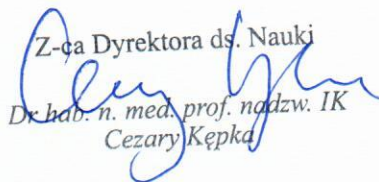
Instytut Kardiologii

ul. Niemodlińska 33

04-635 Warszawa, II piętro, pok. 238

*z dopiskiem:*

*Oferta – Nabór placówek POZ do projektu „Sercu na Ratunek - Program KORDIAN 2020. Program Profilaktyki Chorób Serca i Naczyń oraz Diagnostyki Hipercholesterolemii Rodzinnej w województwie łódzkim i mazowieckim”*

Z-ca Dyrektora ds. Nauki  
  
Dr hab. n. med. prof. nadzw. IK  
Cezary Kępką

Projekt POWR.05.01.00-00-0024/18 pn. „Sercu na Ratunek - Program KORDIAN 2020. Program Profilaktyki Chorób Serca i Naczyń oraz Diagnostyki Hipercholesterolemii Rodzinnej w województwie łódzkim i mazowieckim”  
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

**Załącznik nr 1 do SWKO**

**FORMULARZ OFERTY**

Dotyczący otwartego naboru placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej z województw: mazowieckiego i łódzkiego w ramach projektu

**„Sercu na Ratunek - Program KORDIAN 2020. Program Profilaktyki Chorób Serca i Naczyń oraz Diagnostyki Hipercholesterolemii Rodzinnej w województwie łódzkim i mazowieckim”**

w zakresie udzielania świadczeń medycznych pacjentom zakwalifikowanym do projektu oraz udziału personelu medycznego placówek POZ w szkoleniach.

Nazwa Podmiotu leczniczego	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Nr domu/lokalu	
Nr KRS (jeśli dotyczy)	
NIP	
REGON	
Nr umowy z NFZ (POZ)	
Status prawny	
Adres e-mail	
Nr telefonu	
Dane osoby do kontaktu	

Projekt POWR.05.01.00-00-0024/18 pn. „Sercu na Ratunek - Program KORDIAN 2020. Program Profilaktyki Chorób Serca i Naczyń oraz Diagnostyki Hipercholesterolemii Rodzinnej w województwie łódzkim i mazowieckim” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Miejsca świadczenia usług medycznych podmiotu leczniczego *	
Nazwa, adres	1.
Nazwy, adres	2.
Nazwa, adres	...

*\*dla Oferenta (podmiotu leczniczego) posiadającego więcej niż jedno miejsce świadczenia usług medycznych. Należy wpisać placówki POZ wytypowane do przystąpienia do Projektu*

Oświadczam, że:

- 1 Podpisanie przez naszą placówkę Podstawowej Opieki Zdrowotnej (miejsce świadczenia usług medycznych podmiotu leczniczego) Umowy o współpracy jest równoznaczne z przystąpieniem do udziału w projekcie „Sercu na Ratunek - Program KORDIAN 2020. Program Profilaktyki Chorób Serca i Naczyń oraz Diagnostyki Hipercholesterolemii Rodzinnej w województwie łódzkim i mazowieckim” oraz zakwalifikowanie nas jako uczestnika ww. Projektu,
- 2 Podpisanie przez naszą placówkę Umowy o współpracy jest równoznaczne z deklaracją przestrzegania zapisów „Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo – naczyniowego (KORDIAN)” oraz „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”
- 3 Zapoznałem się z treścią Szczegółowych warunków konkursu ofert (SWKO) treścią Szczegółowego Opisu Przedmiotu Konkursu (Załącznik nr 2 do SWKO) oraz treścią wzoru Umowy o Współpracy (Załącznik nr 3 do SWKO) dostępnymi także na stronie <http://ikard.pl> i akceptuję wszystkie zapisy zawarte w przedmiotowych dokumentach.

Miejscowość i data:

Imię i Nazwisko osoby uprawnionej  
do reprezentowania placówki:

.....

.....

(czytelny podpis)

Projekt POWR.05.01.00-00-0024/18 pn. „Sercu na Ratunek - Program KORDIAN 2020. Program Profilaktyki Chorób Serca i Naczyń oraz Diagnostyki Hipercholesterolemii Rodzinnej w województwie łódzkim i mazowieckim” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

## **ÓŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU**

w procedurze naboru placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej z województwa mazowieckiego i łódzkiego do współpracy w ramach projektu

„Sercu na Ratunek - Program KORDIAN 2020. Program Profilaktyki Chorób Serca i Naczyń oraz Diagnostyki Hipercholesterolemii Rodzinnej w województwie łódzkim i mazowieckim” w zakresie udzielania świadczeń medycznych pacjentom zakwalifikowanym do projektu oraz udziału personelu medycznego placówek POZ w szkoleniach.

Oświadczam, że Podmiot leczniczy, który reprezentuję spełnia warunki udziału w procedurze naboru, tzn.:

1. Posiada placówkę/placówki POZ (miejsce świadczenia usług medycznych)/siedzibę na obszarze realizacji Projektu tj. na terenie jednego z województw: mazowieckiego/łódzkiego
2. Posiada na dzień składania Oferty podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń lekarza POZ umożliwiającą realizację przedmiotu zamówienia,
3. Dysponuje personelem medycznym zatrudnionym (bez względu na formę zatrudnienia) niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia tj. minimum 3 osoby w każdej zgłaszanej placówce POZ,
4. Deklaruję udział w szkoleniach organizowanych przez Udzielającego zamówienie łącznie ..... (liczba) osób z personelu medycznego zatrudnionego w Podmiocie leczniczym (bez względu na formę zatrudnienia), tj. lekarze POZ, pielęgniarki, lekarze medycyny pracy, personel udzielający wsparcia w postaci poradnictwa w zakresie diety, edukacji zdrowotnej oraz aktywności fizycznej, w tym:  
..... (liczba)kobietę/kobiety  
..... (liczba)mężczyznę/mężczyzn.
5. Deklaruję udział w szkoleniu ..... (liczba) lekarzy POZ,
6. Deklaruję udział w szkoleniu ..... (liczba) lekarzy medycyny pracy,
7. Deklaruję udział w szkoleniu.....(liczba) pielęgniarek,
8. Deklaruję udział w szkoleniu ..... (liczba) personelu udzielającego wsparcia w postaci poradnictwa w zakresie diety, edukacji zdrowotnej oraz aktywności fizycznej, w tym:

Projekt POWR.05.01.00-00-0024/18 pn. „Sercu na Ratunek - Program KORDIAN 2020. Program Profilaktyki Chorób Serca i Naczyń oraz Diagnostyki Hipercholesterolemii Rodzinnej w województwie łódzkim i mazowieckim” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

- ..... dietetyków
- ..... specjalistów aktywności fizycznej
- ..... fizjoterapeutów
- ..... specjalistów zdrowia publicznego

9. Deklaruję udzielanie świadczeń oraz badań, w każdej ze zgłaszanych placówek POZ, w taki sposób, aby zapewnić do nich dostęp w godzinach 8-18, liczba dni w tygodniu.....
10. Deklaruję udzielanie świadczeń oraz badań w soboty każdej ze zgłaszanych placówek POZ, liczba sobót w miesiącu.....
11. Deklaruję włączenie do programu w każdej ze zgłaszanych placówek POZ .....  
(liczba) pacjentów<sup>1</sup> w tym ..... (liczba) pacjentów zostanie włączona do aktywnej profilaktyki prozdrowotnej.
12. Deklaruję, że każdy pacjent na każdym etapie realizacji bonu edukacyjnego będzie miał możliwość skorzystania z poradnictwa w zakresie diety, edukacji zdrowotnej oraz aktywności fizycznej w każdej ze zgłaszanych placówek POZ.
13. Deklaruję, że koszt świadczenia nie przekroczy:
- za wizytę kwalifikacyjną w tym wizytę konsultacyjną 110 zł brutto
  - za zestaw badań laboratoryjnych i diagnostycznych 66,8 zł brutto
  - za jedną poradę w ramach porady prozdrowotnej 65 zł brutto
  - za wizytę końcową 110 zł brutto,

Miejscowość i data:

Imię i Nazwisko osoby uprawnionej  
do reprezentowania placówki:

.....  
.....  
(czytelny podpis)

<sup>1</sup> deklaracja liczby pacjentów włączonych do programu powinna być podana szacunkowo. Jest to informacja dla zamawiającego i nie ma wpływu na ocenę oferty. Liczba pacjentów włączonych do programu będzie ustalana na etapie podpisywania umowy współpracy.



Projekt POWR.05.01.00-00-0024/18 pn. „Sercu na Ratunek - Program KORDIAN 2020. Program Profilaktyki Chorób Serca i Naczyń oraz Diagnostyki Hipercholesterolemii Rodzinnej w województwie łódzkim i mazowieckim” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

**Uwaga: Formularz oferty wraz z Oświadczeniem i oświadczeniem o spełnianiu warunków udziału należy przesłać:**

1. Listownie na adres:

Instytut Kardiologii,

Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia

ul. Niemodlińska 33,

04-635 Warszawa

Zamknięta koperta lub inne opakowanie musi być opatrzone danymi oferenta (nazwa i adres lub pieczęć firmowa oferenta) oraz zawierać oznaczenie :

*Oferta – Nabór placówek POZ do projektu „Sercu na Ratunek - Program KORDIAN 2020. Program Profilaktyki Chorób Serca i Naczyń oraz Diagnostyki Hipercholesterolemii Rodzinnej w województwie łódzkim i mazowieckim”*

\* niewłaściwe przekreślić