

.....  
pieczęć firmowa Wykonawcy

### FORMULARZ OFERTY

dotyczący otwartego naboru **jednostek służby medycyny pracy/ wojewódzkich ośrodków medycyny pracy** w ramach projektu „Kręgosłup bez bólu - Profilaktyka Przewlekłych Bólów Kręgosłupa realizowana w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

#### DANE OFERENTA:

Nazwa:

.....  
.....  
.....

Adres siedziby:

.....  
.....

Telefon: ..... Fax.: .....

email: .....

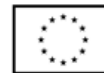
Imię i nazwisko osoby do kontaktu:.....

Nr wpisu do rejestru podjęcia (...) działalności podmiotu leczniczego sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracującymi.....(jeśli dotyczy)

– Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią Umowy stanowiącej załącznik do niniejszego naboru i akceptuję jej zapisy.

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania jednostki służby medycyny pracy/womp



## OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU

W procedurze naboru **jednostek służby medycyny pracy/ wojewódzkich ośrodków medycyny pracy** Oświadczam, że jednostka służby medycyny pracy/ wojewódzki ośrodek medycyny pracy, którą/y reprezentuję spełnia warunki udziału w procedurze naboru, tzn:

1. Posiadam jednostkę organizacyjną lub siedzibę na obszarze realizacji Projektu tj. na terenie jednego z województw: dolnośląskiego, śląskiego lub opolskiego.
2. Posiadam wpis do rejestru podjęcia (...) działalności podmiotu leczniczego sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracującymi we właściwym ze względu na miejsce wykonywania wojewódzkim ośrodku medycyny pracy oraz dokonałem zgłoszenia działalności lekarza w podmiocie leczniczym sprawującym opiekę profilaktyczną nad pracującymi (dotyczy jednostek służby medycyny pracy).
3. Posiadam możliwość wykonania badań OB, CRP, morfologii oraz RTG miednicy i/lub kręgosłupa oraz uzyskanie szybkich wyników tych badań.
4. Dysponuję personelem medycznym zatrudnionym w jednostce służby medycyny pracy/ wojewódzkim ośrodku medycyny pracy (bez względu na formę zatrudnienia) niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia tj. minimum 1 osoby tj. 1 lekarza medycyny pracy.
5. Deklaruję udział w warsztatach organizowanych przez Zamawiającego min. 1 osoby z personelu medycznego zatrudnionego w jednostce służby medycyny pracy lub współpracującego z jednostką – lekarz lub pielęgniarka.
6. Deklaruję udział lekarza medycyny pracy w szkoleniu e-learningowym z testem zaliczającym uzyskanie niezbędnej wiedzy z danego szkolenia i certyfikatem ukończenia.
7. Zobowiązuję się, iż osoby przeszkolone będą zobowiązane do udzielenia świadczeń zdrowotnych w ramach programu.
8. Moja jednostka służby medycyny pracy/ wojewódzki ośrodek medycyny pracy zapewnia dostęp dla osób z niepełnosprawnością ruchową (tj. dostosowanie architektoniczne).
9. Akceptuje, iż wynagrodzenie za :
  - I i II wizytę u lekarza medycyny pracy będzie wynosiło – 74 zł
  - badanie OB. Będzie wynosiło – 9,10 zł
  - badanie morfologii krwi będzie wynosiło – 12,60 zł
  - badanie CRP będzie wynosiło – 18,90 zł
  - badanie obrazowe RTG AP i boczne kręgosłupa będzie wynosiło – 74,20 zł
  - badanie obrazowe RTG miednicy będzie wynosiło – 59,40 zł

zgodnie z Załącznikiem nr 18 Zestawienie stawek jednostkowych dla programu pn. Ogólnopolski program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa.

## OŚWIADCZENIE DOT. KRYTERIÓW PREMIUJĄCYCH

Liczba wydanych orzeczeń o zdolności do podjęcia do pracy (rocznie)

- do 5 000
- pow. 5 000 do 10 000
- pow. 10 000

.....  
miejscowość i data

.....  
pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania jednostki służby medycyny pracy/womp