

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU

**w procedurze ogłoszenia o otwartym naborze konkursowym placówek
Podstawowej Opieki Zdrowotnej
do współpracy w ramach projektu „WyRaS - Wykryj Raka Skóry”
w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom zakwalifikowanym do projektu oraz
udziału personelu medycznego placówek POZ w szkoleniach**

Oświadczam, że placówka POZ, którą reprezentuję spełnia warunki udziału w procedurze naboru, tzn:

1. Posiadam jednostkę organizacyjną lub siedzibę na obszarze realizacji Projektu tj. na terenie jednego z województw: świętokrzyskiego, małopolskiego, podkarpackiego.
2. Posiadam umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń lekarza POZ.
3. Deklaruję, że świadczenia w placówkach POZ powinny być udzielane w taki sposób, aby zapewnić do nich dostęp w godzinach 8.00 – 18.00, co najmniej 2 razy w tygodniu i 1 sobotę w miesiącu.
4. Dysponuję personelem medycznym zatrudnionym w Placówce POZ (*bez względu na formę zatrudnienia*) niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia tj. w zależności od wielkości POZ-u nie mniej niż 1 lekarzem POZ, który ma w swojej aktywnej liście pacjentów osoby kwalifikujące się do Programu - i/lub 1 pielęgniarką.
5. Dysponuję zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem umożliwiającym współpracę w ramach Projektu.
6. Deklaruję udział w dwóch spotkaniach edukacyjnych organizowanych przez Zamawiającego, min. 2 osoby z personelu medycznego zatrudnionego w placówce POZ lub współpracującego z placówką POZ, w tym lekarz i/lub pielęgniarka.
7. Deklaruję, że w ramach usługi, przeszkolony lekarz POZ po wstępnej selekcji wytypuje pacjentów, którzy kwalifikują się do Programu na podstawie kryteriów kwalifikacji, którym zostanie udzielone świadczenie zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w Ogłoszeniu o otwartym naborze konkursowym placówek POZ.
8. Zobowiązuję się, iż wytypuję osoby realizujące zadania zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w Ogłoszeniu o otwartym naborze konkursowym placówek POZ.

9. Akceptuję, iż wynagrodzenie za :

- Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – konsultacja będzie wynosiła **48,00 zł** - zgodnie z Załącznikiem nr 18 Zestawienie stawek jednostkowych dla programu ABCDE samokontroli znamion - Ogólnopolski Program Profilaktyki Nowotworów Skóry.
- Konsultacja edukacyjna/świadomościowa – będzie wynosiła **76,00 zł** - zgodnie z Załącznikiem nr 18 Zestawienie stawek jednostkowych dla programu ABCDE samokontroli znamion - Ogólnopolski Program Profilaktyki Nowotworów Skóry.

.....
miejsowość i data

.....
pieczętka i podpis osoby uprawnionej do
reprezentowania placówki POZ