

....., dnia

Organizator konkursu:
Świętokrzyskie Centrum Onkologii Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Kielcach
ul. Artwińskiego 3 25-734 Kielce

OFERENT

Imię i nazwisko:.....

Adres:

Tel.....FAX

REGON NIP

E-mail

Numer księgi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

OFERTA

W związku z ogłoszeniem konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę w ramach realizacji projektu pt. „Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi – moduł regionalny” nr POWR.05.01.00-00-0031/20 składam niniejszą ofertę.

Ofertuję wykonanie następujących świadczeń za cenę:

Nazwa świadczenia:	Czy Oferent deklaruje udzielanie świadczenia TAK/NIE	W przypadku oferowania świadczenia należy podać cenę jednostkową (nie wyższą niż wskazana w załączniku nr 6)
1) wizyta fizjoterapeutyczna 1 - badanie przed zabiegiem (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi)		
2) wizyta fizjoterapeutyczna 2 - świadczenie po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi)		

3) wizyta fizjoterapeutyczna 3- badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 1 miesiąc po zabiegu		
4) wizyta fizjoterapeutyczna 4 - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 4-6 miesięcy po zabiegu		
5) wizyta fizjoterapeutyczna 5 - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 10-12 miesięcy po zabiegu		
6) wizyta fizjoterapeutyczna 6 - badanie przed zabiegiem (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi)		
7) wizyta fizjoterapeutyczna 7 - po zabiegu (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi) -		
8) wizyta fizjoterapeutyczna 8 - badanie 1 miesiąc po zabiegu oraz 5-6 miesiąc po zabiegu (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi)		
9) Wizyta fizjoterapeutyczna 9 - badanie 1 miesiąc po operacji i 1 dzień przed radioterapią oraz w dniu zakończenia radioterapii (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniem raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii)		
10) wizyta fizjoterapeutyczna 10 - badanie 4-6 miesiąc oraz w 10-12 miesiąc po zakończeniu radioterapii - (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniem raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii)		
11) Zajęcia ruchowe (wszystkie grupy) po chirurgicznym leczeniu raka piersi		
RAZEM:		

Oświadczam, że spełniam następujące wymogi:

1. Jestem uprawniony/a do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem, posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi,
2. Zapoznałam/em się z treścią warunków konkursu w tym z Ogólnopolskim programem profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi (stanowiącym załącznik nr 5 do ogłoszenia o konkursie) i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałam/am niezbędne informacje do przygotowania oferty;
3. akceptuję warunki umowy zawarte we wzorze umowy (załącznik nr 3) stanowiącej integralną część niniejszych warunków konkursu;
4. posiadam minimum 5 letnie doświadczenie w pracy z pacjentami onkologicznymi;
5. posiadam certyfikat ukończenia kursu/szkolenia uprawniającego do pracy z pacjentami z obrzękiem limfatycznym,
6. posiadam wpis do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów;
7. znajduje się w sytuacji finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia;
8. nie została ze mną rozwiązana przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy;
9. zobowiązuje się wykonać cały zakres przedmiotu zamówienia siłami własnymi.

Oświadczenia dotyczące spełniania kryteriów merytorycznych:

1. Oświadczam, że posiadam letnie doświadczenie w pracy z pacjentami z obrzękiem limfatycznym.
2. Oświadczam, że posiadam letnie doświadczenie w pracy z pacjentami onkologicznymi.
3. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam tytułu mgr fizjoterapii.
4. Oświadczam, że ukończyłam/em następujące kursy/szkolenia z zakresu obrzęku limfatycznego:

Lp.	Nazwa szkolenia/kursu	organizator	Data ukończenia	Liczba godzin

5. Deklaruję udzielanie świadczeń objętych przedmiotowym konkursem w następujące dni:

Dzień tygodnia		TAK/NIE	godziny
Poniedziałek	co tydzień		
wtorek	co tydzień		
Środa	co tydzień		
czwartek	co tydzień		
piątek	co tydzień		
sobota	jedna w miesiącu		
	dwie w miesiącu		
	trzy w miesiącu		
	cztery w miesiącu		

6. Oświadczam, że okres prowadzenia przeze mnie działalności w zakresie objętym przedmiotem konkursu na dzień składania oferty wynosi lat.

podpis Wykonawcy

Załączniki: