**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia**

**FORMULARZ OFERTY**

dotyczący otwartego naboru podmiotów leczniczych do współpracy w ramach zadania: Model wielospecjalistycznej opieki szpitalnej i pozaszpitalnej nad pacjentami z zakażeniem SARS-CoV-2, realizowanego w ramach przedsięwzięcia; Wsparcie szpitali jednoimiennych w walce z rozprzestrzenianiem się zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz w leczeniu COVID-19 w zakresie badań personelu zrekrutowanego do udziału w ww. projekcie.

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa placówki |  |
| Miejscowość Kod pocztowy |  |
| Ulica nr |  |
| Nr KRS (jeśli dotyczy) |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Nr umowy z NFZ |  |
| Status prawny |  |
| Adres e-mail |  |
| Nr telefonu |  |
| Dane osoby do kontaktu |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba personelu\*** | **Cena jednostkowa brutto (w zł)** | **Suma (w zł)** |
| 1. | **Rekrutacja i wykonanie badań** | ………… (podać) | ………… (podać) | ………… (podać)  Liczba personelu x cena jednostkowa |

**\* - minimum 100 osób – max 200 osób z jednego szpitala**

Oświadczam, że :

1. Podpisanie przez naszą placówkę Umowy o współpracy jest równoznaczne z przystąpieniem do udziału w zadaniu: Model wielospecjalistycznej opieki szpitalnej i pozaszpitalnej nad pacjentami z zakażeniem SARS-CoV-2, realizowanego w ramach przedsięwzięcia; Wsparcie szpitali jednoimiennych w walce z rozprzestrzenianiem się zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz w leczeniu COVID-19 oraz zakwalifikowanie nas jako uczestnika ww. Projektu.
2. Zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o naborze, treścią Szczegółowego Opisu Przedmiotu Naboru (Zał.2) oraz treścią wzoru Umowy o Współpracy (Zał. 3) dostępnymi na stronie <http://su.krakow.pl/> i akceptuję wszystkie zapisy zawarte w przedmiotowych dokumentach

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość i data  .......................................................... | Imię i Nazwisko  osoby uprawnionej do reprezentowania placówki:  ...........................................................................  (czytelny podpis) |

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU**

w procedurze naboru podmiotów leczniczych do współpracy w ramach zadania: Model wielospecjalistycznej opieki szpitalnej i pozaszpitalnej nad pacjentami z zakażeniem SARS-CoV-2, realizowanego w ramach przedsięwzięcia; Wsparcie szpitali jednoimiennych w walce z rozprzestrzenianiem się zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz w leczeniu COVID-19 w zakresie badań personelu zrekrutowanego do udziału w ww. projekcie.

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

1. Zapewnienie uczestnictwa pracowników podmiotu leczniczego sprawującego opiekę nad pacjentami z COVID-19, szpitala jedno- lub wieloprofilowego, a w przypadku oferenta będącego podmiotem leczniczym świadczącym usługi w zakresie medycznej diagnostyki laboratoryjnej, możliwa jest rekrutacja pracowników podmiotów leczniczych: 1-4 różnych szpitali sprawujących opiekę nad pacjentami z COVID-19, w tym jednoprofilowe lub wieloprofilowe sprawującego opiekę nad pacjentami z COVID-19;
2. Zapewnienie personelu rekrutującego uczestników oraz koordynującego uzyskanie zgód na uczestnictwo w badaniu, wypełnianie ankiety oraz pobierającego materiał
3. Zapewnienie sprzętu niezbędnego do pobierania materiału
4. Zapewnienie przesyłania uzyskanych wyników do systemu Zleceniodawcy w formacie csv
5. Wymogi dotyczące zabezpieczenia laboratoryjnego:
6. Zatrudnienie w miejscu wykonywania oznaczeń specjalistów z dziedziny mikrobiologii medycznej oraz laboratoryjnej diagnostyki medycznej
7. Wymagane min. półroczne doświadczenie laboratorium w oznaczaniu przeciwciał IgG przeciwko wirusowi SARS-CoV-2
8. udokumentowany udział laboratorium w kontroli zewnętrznej dla parametrów wirusologicznych wykonywanych na analizatorze firmy Roche albo Abbott wykonującym badania diagnostyczne metodą CMIA
9. Udokumentowany aktualny przegląd i konserwacja analizatora zgodne z wytycznymi producenta oraz dokumentacja monitorowania warunków pracy analizatora – wykaz temperatur w pomieszczeniu
10. posiadanie certyfikatów kontroli zewnątrzlaboratoryjnej dla wszystkich oznaczanych parametrów analitycznych, w tym również dla oznaczania przeciwciał IgG przeciwko wirusowi SARS-CoV-2

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość i data  .......................................................... | Imię i Nazwisko osoby uprawnionej  do reprezentowania placówki:  ...........................................................................  (czytelny podpis) |