**Załącznik nr 1 do ogłoszenia o naborze**

**FORMULARZ OFERTY**

współpracy Placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej (dalej jako: POZ) oraz Medycyny Pracy (dalej jako: MP) z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie (dalej jako: SU Kraków) w ramach projektu pn. „*Wyprzedź raka mammografią - Profilaktyka Raka Piersi*” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

1. **DANE OFERENTA:**

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA POZ/MP: |  |
| WOJEWÓDZTWO: |  |
| POWIAT: |  |
| GMINA: |  |
| KOD POCZTOWY: |  |
| ULICA: |  |
| NUMER BUDYNKU/LOKALU: |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| NUMER KRS: |  |
| ADRES E-MAIL: |  |
| TELEFON: |  |
| OSOBA DO KONTAKTU (IMIĘ I NAZWISKO): |  |
| GMINA/POWIAT, NA OBSZARZE KTÓREJ ZLOKALIZOWANY JEST ODDZIAŁ/ FILIA POZ/MP, KTÓREGO OFERTA DOTYCZY: |  |

1. **DANE DOTYCZĄCE WSPÓŁPRACY:**

|  |  |
| --- | --- |
| CENA ZA WYKONANIE PORADY PROFILAKTYCZNEJ: |  |
| LICZBA DEKLAROWANYCH PORAD PROFILAKTYCZNYCH (OGÓŁEM): |  |
| LICZBA LEKARZY ZGŁASZANYCH NA SZKOLENIE (SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI): |  |

1. **OŚWIADCZENIA**
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią Ogłoszenia o naborze oraz treścią wzoru Umowy Współpracy (załącznik nr 2), które zostały udostępnione na stronie <http://su.krakow.pl/>
i akceptuję wszystkie postanowienia zawarte w przedmiotowych dokumentach.
3. Oświadczam, że podane w ofercie dane są prawdziwe.
4. Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie POZ/MP dysponuje możliwością zrealizowania zadeklarowanej liczby porad profilaktycznych.
5. Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie POZ/MP, w przypadku wyboru przez Zamawiającego niniejszej oferty, zobowiązuje się do zawarcia Umowy Współpracy.

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