

**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.  | <b>Rekrutacja i wykonanie badań</b> | ..... (podać)     | ..... (podać)                  | ..... (podać)<br>Liczba personelu x<br>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 (Załącznik 2) oraz treścią wzoru Umowy o Współpracy (Załącznik 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:
  - a) Zatrudnienie w miejscu wykonywania oznaczeń specjalistów z dziedziny mikrobiologii medycznej oraz laboratoryjnej diagnostyki medycznej
  - b) Wymagane min. półroczne doświadczenie laboratorium w oznaczaniu przeciwciał IgG przeciwko wirusowi SARS-CoV-2
  - c) udokumentowany udział laboratorium w kontroli zewnętrznej dla parametrów wirusologicznych wykonywanych na analizatorze firmy Roche albo Abbott wykonującym badania diagnostyczne metodą CMIA
  - d) Udokumentowany aktualny przegląd i konserwacja analizatora zgodne z wytycznymi producenta oraz dokumentacja monitorowania warunków pracy analizatora – wykaz temperatur w pomieszczeniu
  - e) posiadanie certyfikatów kontroli zewnętrznej laboratoryjnej 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)