**FORMULARZ OFERTY**

w odpowiedzi na ogłoszony nabór partnerów w celu wspólnej realizacji programu „Kompleksowe Leczenie Ran Przewlekłych KLRP-2” realizowany w ramach środków przeznaczonych przez Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACJA O PODMIOCIE** | | |
| **Dane podmiotu** | | |
|  | Nazwa podmiotu |  |
|  | Forma organizacyjna |  |
|  | NIP |  |
|  | REGON |  |
|  | Adres siedziby |  |
|  | Województwo |  |
|  | Miejscowość |  |
|  | Ulica |  |
|  | Numer domu |  |
|  | Numer lokalu |  |
|  | Kod pocztowy |  |
|  | Adres poczty elektronicznej |  |
| **Osoba do kontaktu** | | |
|  | Imię |  |
|  | Nazwisko |  |
|  | Numer telefonu |  |
|  | Adres poczty elektronicznej |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Deklarowana liczba pacjentów  objętych leczeniem**  (liczba deklarowana nie może być mniejsza niż 5) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Potencjał kadrowy i merytoryczny\*** | |
| 1. | Liczba lekarzy z co najmniej 3 letnim doświadczeniem w leczeniu ran przewlekłych |  |
| 2. | Liczba pielęgniarek z co najmniej 3 letnim doświadczeniem w leczeniu ran przewlekłych oraz z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa: chirurgicznego lub opieki paliatywnej lub opieki długoterminowej lub anestezjologicznego i intensywnej opieki lub ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub opieki paliatywnej lub opieki długoterminowej lub anestezjologicznego i intensywnej opieki lub ukończony kurs specjalistyczny "Leczenie ran” |  |

\*należy podać liczbę

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria dodatkowe** |  |
| 1. | Liczba lekarzy dodatkowej specjalności w zasobach: kardiologia, geriatria, choroby wewnętrzne, diabetologia\* |  |

\*należy podać specjalność

……………….……………………………………………………..

Podpis Oferenta lub osoby upoważnionej

**Do oferty załączam:**

* 1. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z Centralnej Ewidencji i Informacjio Działalności Gospodarczej.
  2. Wypis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez właściwego wojewodę.
  3. ……………………………………………………….
  4. ……………………………………………………….