



.....  
pieczęć firmowa Wykonawcy

### FORMULARZ OFERTY

dotyczący otwartego naboru placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej do współpracy w ramach projektu „Wzrasta liczba nowotworów skóry – zbadaj się!” w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom zakwalifikowanym do projektu oraz udziału personelu medycznego placówek POZ w szkoleniach.

#### DANE OFERENTA:

Nazwa:

.....  
.....  
.....

Adres siedziby:

.....  
.....

Telefon: ..... Fax: .....

email: .....

Imię i nazwisko osoby do kontaktu: .....

Nr umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.....

#### Kryterium premiujące

Czy placówka będzie czynna w soboty przynajmniej raz w miesiącu?

Tak

Nie

– Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią Umowy stanowiącej załącznik do niniejszego naboru i akceptuje jej zapisy.

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczętka i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki POZ



Załącznik nr 1B

## OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU

W procedurze naboru placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej do współpracy w ramach projektu „Wzrasta liczba nowotworów skóry – zbadaj się” w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom zakwalifikowanym do projektu oraz udziału personelu medycznego placówek POZ w szkoleniach.

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

1. Posiadam jednostkę organizacyjną lub siedzibę na obszarze realizacji Projektu tj. na terenie jednego z województw: dolnośląskiego, śląskiego lub opolskiego.
  2. Posiadam umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń lekarza POZ.
  3. Deklaruję, że świadczenia w placówkach POZ będą udzielane w taki sposób, aby zapewnić do nich dostęp w godzinach 8.00 – 18.00, co najmniej 2 razy w tygodniu.
  4. Dysponuję personelem medycznym zatrudnionym w Placówce POZ (bez względu na formę zatrudnienia) niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia tj. co najmniej 1 lekarza POZ.
  5. Deklaruję udział w 4 konferencjach szkoleniowych (po 6 h) organizowanych przez Zamawiającego nie mniej niż jedna osoba z personelu medycznego zatrudnionego w placówce POZ lub współpracującego z placówką POZ – lekarz lub pielęgniarka.
  6. Deklaruję udział co najmniej 1 lekarza w szkoleniu e-learningowym z zakresu dermatologii, celem zwiększenia wiedzy na temat nowotworów skóry oraz rozpoznawalności pierwszych objawów choroby skóry. Na platformie oprócz materiałów edukacyjnych dla personelu medycznego i pacjentów, inne materiały w postaci filmów, artykułów edukacyjnych oraz fachowa literatura.
  7. Deklaruję, że w ramach usługi, przeszkolony lekarz POZ po wstępnej selekcji wytypuje osoby, które kwalifikują się do Programu na podstawie kryteriów kwalifikacji, którym zostanie udzielone świadczenie:
    - w zakresie edukacji:
- osoby aktywne zawodowo, tj. osoby w wieku 15-64 lata, lub starsze pod warunkiem że są nadal aktywne zawodowo.
    - w zakresie badań przesiewowych (badanie dermatoskopem lub wideodermatoskopem)
  - osoby w wieku 50-64
  - osoby w wieku 15-49 będą mogły otrzymać wsparcie w przypadku jasnych zaleceń lekarza związanych z występowaniem czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion,
  - osoby po 65 r. ż. pod warunkiem, że są nadal aktywne zawodowo będą mogły otrzymać wsparcie w przypadku występowania czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion,

Udzielane świadczenie będzie składało się z:

- przeprowadzonego dokładnie wywiadu medycznego: np. historia rodzinna dot. złośliwych nowotworów skóry, przebyty nowotwór skóry, etc.



- przeprowadzenia szczegółowego badania skóry całego ciała na podstawie reguły ABCDE,
- wypełnienia **KARTA PACJENTA: PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SKÓRY** (załącznik nr 1 do programu dot. nowotworów skóry),
- w sytuacji wykrycia niepokojących zmian lekarz POZ może wykonywać badanie dermatoskopowe (jeśli posiada adekwatne przeszkolenie i sprzęt),
- w przypadku wykrycia niepokojących zmian skieruje pacjenta do lekarza dermatologa lub onkologa.

8. Zobowiązuję się, iż osoby przeszkolone będą zobowiązane do udzielenia świadczenia zdrowotnego polegającego na edukacji pacjentów w zakresie prawidłowej fotoprotekcji i profilaktyki zmian nowotworowych skóry.

9. Akceptuje, iż wynagrodzenie za :

- Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – konsultacja będzie wynosiła 48,00 zł zgodnie z załącznikiem nr 18 Zestawienie stawek jednostkowych dla programu ABCDE samokontroli znamion - ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry.

10. Dodatkowo, przeszkoleni lekarze/pielęgniarki zobowiązani są przeprowadzić konsultację edukacyjną/świadomościową - co najmniej 30 minutowa edukacja indywidualna pacjenta z zakresu:

- profilaktyki tj. działań zapobiegającym nowotworowi (w zakresie zaleceń WHO dot. ekspozycji na promieniowanie UV),
- wiedzy o samokontroli w zakresie zmian skórnych w szczególności reguły ABCDE Freidmana i Rigela oraz możliwościach wykorzystania do samokontroli nowoczesnych technologii (np. aplikacji na smartfon).

11. Akceptuje, iż wynagrodzenie za :

- Konsultacja edukacyjna/świadomościowa – będzie wynosiła 76,00 zł zgodnie z załącznikiem nr 18 Zestawienie stawek jednostkowych dla programu ABCDE samokontroli znamion - ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry.

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczętka i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki POZ