

Załącznik nr 1A Formularz ofertowy

FORMULARZ OFERTY

dotyczący otwartego naboru **zakładów pracy/pracodawców**
w ramach projektu „Kręgosłup bez bólu - Profilaktyka Przewlekłych Bólów Kręgosłupa realizowana w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, **POWR.05.01.00-00-0022/19.**

DANE OFERENTA:

Nazwa (pieczęć firmowa Wykonawcy):

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

Numer KRS/CEIDG.....

Adres siedziby:

.....
.....

Telefon: Fax.:

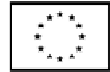
email:

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

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

.....
miejsce, data

.....
pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania zakładu pracy/pracodawcy



Załącznik nr 1B Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU

W procedurze naboru **zakładów pracy/pracodawców**

w ramach projektu „Kręgosłup bez bólu - Profilaktyka Przewlekłych Bólów Kręgosłupa realizowana w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, **POWR.05.01.00-00-0022/19**

Oświadczam, że zakład pracy, który 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. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wśród swoich pracowników kwestionariuszy przesiewowych.
 - Kwestionariusz stratyfikacji pacjentów co do wyboru dalszego postępowania rehabilitacyjnego wykonywany przed interwencjami zaplanowanymi w programie - STarT Back Tool
 - Kwestionariusz przesiewowy w kierunku zapalnego bólu kręgosłupa w przebiegu spondyloartropatii

Pracownicy Zamawiającego przeanalizują wyniki kwestionariuszy i skierują do lekarza medycyny pracy tych pracowników, którzy osiągnęli odpowiedni wynik w kwestionariuszu. Lekarz medycyny pracy na podstawie wyników z uzyskanych kwestionariuszy dokona badania przedmiotowego i podmiotowego podejmując decyzję co do dalszego postępowania z pracownikiem/pacjentem.

3. Deklaruję udział swoich pracowników w spotkaniach edukacyjnych organizowanych przez Zamawiającego (dotyczy tylko tych podmiotów, które zadeklarują spełnienie kryterium premiującego).
 - Zakład pracy zapewni miejsce do przeprowadzenia spotkania. Termin, długość spotkania oraz ilość osób zostanie uzgodniona w trybie roboczym z zakładem pracy.
 - Zamawiający zapewni wykwalifikowanego trenera oraz materiały edukacyjne: typu m.in. kalendarze, broszury, filmy instruktażowe z ćwiczeniami fizjoterapeuty, zestawy do ćwiczeń.

- Wyrażam zgodę na przeprowadzenie na terenie zakładu spotkań edukacyjnych z pracownikami.

(Proszę o zaznaczenie X jeśli dotyczy)

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

.....
miejsce i data

.....
pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania zakładu pracy/pracodawcy