Załącznik nr 2 ………………………., dnia…………………2019

CZĘŚĆ B -wypełnia Oferent będący firmą, która wyznaczy osoby do realizacji zadań.

OŚWIADZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW

|  |  |
| --- | --- |
|  Nazwa Oferenta-firmy |  |
| Adres Oferenta-firmy |  |
| NIP/KRS (jeśli dotyczy) |  |
| Numer telefonu, adres e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Kryterium |
| 1 | Oświadczam, że osoby wymienione poniżej posiadają min roczne doświadczenie w wykonywaniu zawodu medycznego 1………………………………………..2 ……………………………………….3 ……………………………………….4 ……………………………………….5 ……………………………………….6 ……………………………………….7 ……………………………………….8 ……………………………………….9 ……………………………………….10 ……………………………………….11 ……………………………………….12 ………………………………………13 ……………………………………….14 ……………………………………….15 ……………………………………….. | Właściwe podkreslić1. 1 Tak Nie
2. Tak Nie
3. Tak Nie
4. Tak Nie
5. Tak Nie
6. Tak Nie
7. Tak Nie
8. Tak Nie
9. Tak Nie
10. Tak Nie
11. Tak Nie
12. Tak Nie
13. Tak Nie
14. Tak Nie
15. Tak Nie
 |
|  | Oświadczam, że osoby wymienione poniżej, które osobiście będą wykonywały powierzone usługi posiadają wykształcenie medyczne lekarskie lub pielęgniarskie:1………………………………………..2 ……………………………………….3 ……………………………………….4 ……………………………………….5 ……………………………………….6 ……………………………………….7 ……………………………………….8 ……………………………………….9 ……………………………………….10 ……………………………………….11 ……………………………………….12 ………………………………………13 ……………………………………….14 ……………………………………….15 ……………………………………….. | Nr prawa wykonywania zawodu1………………………………………..1. 2 ……………………………………….
2. 3 ……………………………………….
3. 4 ……………………………………….
4. 5 ……………………………………….
5. 6 ……………………………………….
6. 7 ……………………………………….
7. 8 ……………………………………….
8. 9 ……………………………………….
9. 10 ……………………………………….
10. 11 ……………………………………….
11. 12 ………………………………………
12. 13 ……………………………………….
13. 14 ……………………………………….
14. 15 …………………………………..
 |
| 2 | Oświadczam, że osoby wymienione poniżej wezmą udział w warsztatach edukacyjnych organizowanych przez PŁ dla personelu medycznego udzielającego wsparcia potencjalnym uczestnikom projektu w ramach projektu: Warsztat 2019- nazwiska Edukatorów………………………………………………………………………..………………………………………………………………………..Warsztat 2020- nazwiska Edukatorów………………………………………………………………………..………………………………………………………………………. | Warsztaty organizowane w 2019 ……………………………………….*(liczba osób)*Warsztaty organizowane w 2020 ……………………………………….*(liczba osób)* |
| 3 | Oświadczam, że działania edukacyjne będą realizowane w placówce POZ, mającej swoje jednostki organizacyjne w następujących powiatach woj. łódzkiego: bełchatowski, łęczycki, łowicki, pabianicki, piotrkowski, poddębicki, radomszczański, sieradzki, wieruszowski, wieluński, brzeziński, łódzki wschodni, łódź, tomaszowski Pełna nazwa placówki POZ:1………………………………………..2 ……………………………………….3 ……………………………………….4 ……………………………………….5 ……………………………………….6 ……………………………………….7 ……………………………………….8 ……………………………………….9 ……………………………………….10 ……………………………………….11 ……………………………………….12 ……………………………………… | Nazwa podmiotu i powiatu, na terenie którego będą realizowane w placówce POZ działania edukacyjne1………………………………………..2 ……………………………………….3 ……………………………………….4 ……………………………………….5 ……………………………………….6 ……………………………………….7 ……………………………………….8 ……………………………………….9 ……………………………………….10 ………………………………………. |
| 4 | Oświadczam, że działania edukacyjne będą świadczone w placówce POZ, posiadającej swoje jednostki organizacyjne w szczególności na obszarach wiejskich oraz w miejscowościach poniżej 20.000 mieszkańców na obszarach słabo zaludnionych w gminach następujących powiatów woj. łódzkiego

|  |  |
| --- | --- |
| **Powiaty**  | **Gminy**  |
| **bełchatowski**  | Bełchatów\*, Drużbice, Kleszczów, Kluki, Rusiec, Szczerców  |
| **brzeziński**  | Brzeziny\*, Dmosin, Jeżów, Rogów  |
|  |  |
|  |  |
| **łęczycki**  | Daszyna, Góra Świętej Małgorzaty, Grabów, Łęczyca\*, Piątek, Świnice Warckie, Witonia  |
| **łowicki**  | Bielawy, Chąśno, Domaniewice, Kiernozia, Kocierzew Południowy, Łowicz\*, Łyszkowice, Nieborów, Zduny  |
| **łódzki wschodni**  | Brójce, Koluszki, Nowosolna, Tuszyn  |
|  |  |
| **pabianicki**  | Dłutów, Dobroń, Lutomiersk, Pabianice\*  |
|  |  |
| **piotrkowski**  | Aleksandrów, Czarnocin, Gorzkowice, Grabica, Łęki Szlacheckie, Moszczenica, Ręczno, Rozprza, Sulejów, Wola Krzysztoporska, Wolbórz  |
| **poddębicki**  | Dalików, Pęczniew, Poddębice, Uniejów, Wartkowice, Zadzim  |
| **radomszczański**  | Dobryszyce, Gidle, Gomunice, Kamieńsk, Kobiele Wielkie, Kodrąb, Lgota Wielka, Ładzice, Masłowice, Przedbórz, Wielgomłyny, Żytno  |
|  |  |
| **sieradzki**  | Błaszki, Brąszewice, Brzeźnio, Burzenin, Goszczanów, Klonowa, Sieradz\*, Warta, Wróblew, Złoczew  |
|  |  |
| **tomaszowski**  | Będków, Budziszewice, Czerniewice, Inowłódz, Lubochnia, Rokiciny, Rzeczyca, Tomaszów Mazowiecki\*, Ujazd, Żelechlinek  |
| **wieluński**  | Biała, Czarnożyły, Konopnica, Mokrsko, Osjaków, Ostrówek, Pątnów, Skomlin, Wierzchlas  |
| **wieruszowski**  | Bolesławiec, Czastary, Galewice, Lututów, Łubnice, Sokolniki  |
|  |  |
|  | \*Dotyczy tylko gmin wiejskich  |

 | Nazwa podmiotu i gminy, w której będą prowadzone działania edukacyjne1. 1………………………………………..
2. 2 ……………………………………….
3. 3 ……………………………………….
4. 4 ……………………………………….
5. 5 ……………………………………….
6. 6 ……………………………………….
7. 7 ……………………………………….
8. 8 ……………………………………….
9. 9 ……………………………………….
10. 10 ……………………………………….
11. 11 ……………………………………….
12. 12 ………………………………………
13. 13 ……………………………………….
14. 14 ……………………………………….
15. 15 ………………………………………..
 |
| 5 | Oświadczam, iż placówki, w których będą przeprowadzone działania edukacyjne udostępnią pomieszczenia w celu realizacji usługi w ramach projektu: „Działania profilaktyczne w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego dla mieszkańców województwa łódzkiego Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi nr RPLD.10.03.03.-10-0004-/18-00 | TAK NIE |
| 7 | Oświadczam, iż placówki, w których będą przeprowadzone działania edukacyjne są przystosowane dla potrzeb osób z niepełnosprawnością\**Dotyczy wszystkich miejsc, w których będą realizowane usługi projektowe* | TAKNIE |

jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 ze zm.), a zawarte w ofercie informacje są zgodne z prawdą oraz stanem faktycznym.

……………………………………

podpis i pieczęć osoby(ób) uprawnionej(-ych)

,