



Załącznik nr 1 do ogłoszenia dla podmiotów niezaliczanych do sektora finansów publicznych, na wyłonienie Partnera do realizacji projektu pn. „Budowa kujawsko-pomorskiego systemu udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA PARTNERA PROJEKTU

dotyczący projektu pn. „Budowa kujawsko-pomorskiego systemu udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej” w ramach Osi priorytetowej 2. Cyfrowy region, Działanie 2.1 Wysoka dostępność i jakość e-usług publicznych, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020.

.....
(pieczęć podmiotu)

.....
(miejsowość i data)

I. Dane podmiotu

1) Pełna nazwa podmiotu

.....
.....

2) Status prawny

3) NIP..... KRS

4) REGON

5) Numer z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

6) Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych:

.....

7) Data powstania

8) Charakterystyka działalności podmiotu (zgodnie ze statutem)

.....
--



9) Adres siedziby:

ulica:
nr nr lokalu
kod pocztowy miejscowość
telefon fax e-mail

10) Nazwiska i imiona oraz stanowiska osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu w kontaktach zewnętrznych i posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów)

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

11) Osoba/y uprawniona/e do kontaktów z Liderem projektu (Koordynator projektu po stronie kandydata na Partnera):

Imię i nazwisko:

Stanowisko: adres e-mail:

Tel: kom.

II. Charakterystyka podmiotu

1) Zgodność statutowej działalności podmiotu z celem partnerstwa:

.....
--

2) Dotychczasowe doświadczenie w realizacji podobnych przedsięwzięć lub przedsięwzięć realizowanych ze środków unijnych:

.....



.....
.....

3) Możliwość realizacji projektu, w tym posiadanie zasobów rzeczowych i kadrowych: zdolności organizacyjne, kadra zarządzająca, kadra merytoryczna, potencjał rzeczowy (baza lokalowa itp.):

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

4) Wysokość wkładu finansowego przeznaczzonego na realizację danego projektu:

Jako Partner projektu, deklaruję udział finansowy w projekcie poprzez wniesienie wkładu własnego, stanowiącego 15% wartości inwestycji realizowanej na rzecz Partnera.

.....
podpis osoby upoważnionej

5) Utrzymanie trwałości projektu:

Deklaruję o zapewnieniu finansowania, w okresie realizacji projektu i po jego zakończeniu tj. podczas 5 lat trwałości projektu (udział finansowy jednostki liczony będzie w sposób procentowy od wartości całości inwestycji).

Okres trwałości, jest to czas, w którym należy zachować w niezmienionej formie i wymiarze efekty projektu, których osiągnięcie zostało zadeklarowane we wniosku o dofinansowanie i wynosi on 5 lat. Okres trwałości liczony jest od daty płatności końcowej dotacji, czyli ostatniego przepływu środków na rachunku bankowym utworzonym w celu realizacji i rozliczenia projektu.

.....
podpis osoby upoważnionej



1.3	<p>Świadczenie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie:</p> <p>1) badań endoskopowych: NIE – 0 pkt, TAK – 5 pkt</p> <p>2) tomografii komputerowej: NIE – 0 pkt, TAK – 5 pkt</p> <p>3) rezonansu magnetycznego: NIE – 0 pkt, TAK – 5 pkt</p>	<p>1)</p> <p>2)</p> <p>3)</p>
2	Deklarowany wkład kandydata na Partnera w realizację projektu	
2.1	<p style="text-align: center;">Potencjał informacyjny</p> <p>1) wielkość danych (określana w GB) jaką kandydat na Partnera może dołączyć w ciągu roku do regionalnego systemu Elektronicznego Rekordu Pacjenta (EHR) uwzględniając dane z systemów PACS i HIS, do 2 GB – 5 pkt, powyżej 2 GB – 10 pkt,</p> <p>2) czy Szpital posiada funkcjonujący Szpitalny System Informacyjny (HIS) do obsługi ruchu chorych? NIE – 0 pkt TAK – 30 pkt</p> <p>3) czy Szpital posiada funkcjonujący system RIS/PACS do obsługi chorych? NIE – 0 pkt TAK – 20 pkt</p>	<p>1)</p> <p>2)</p> <p>3)</p>
2.2	<p style="text-align: center;">Potencjał infrastrukturalny</p> <p>Ilość łóżek szpitalnych dostępnych dla Pacjenta: do 100 – 5 pkt. powyżej 100 – 10 pkt.</p>	<p>.....</p>
2.3	<p style="text-align: center;">Potencjał ludzki</p> <p>Liczba personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu w pełnym wymiarze czasu pracy Liczba personelu medycznego</p> <p>Wzór, wg którego będą wyliczane punkty:</p> <p style="text-align: center;">Liczba personelu medycznego podana w formularzu zgłoszonym przez Szpital x 30 pkt</p> <p>Liczba punktów = -----</p> <p style="text-align: center;">Największa liczba personelu medycznego podana przez szpitale w złożonych przez nie formularzach</p> <p style="text-align: center;">Uwaga! Liczbę punktów w tym punkcie wylicza instytucja ogłaszająca konkurs. Maksymalna liczba punktów – 30 pkt</p>	<p>.....</p>



3	Doświadczenie kandydata na Partnera w realizacji projektów z zakresu ochrony zdrowia dofinansowanych z środków UE	
3.1	<p>Liczba zrealizowanych (zakończonych) projektów regionalnych z zakresu ochrony zdrowia dofinansowanych ze środków UE w perspektywie finansowania 2007 -2013: (1 projekt – 3 pkt)</p> <p>1) - 3 pkt Nazwa projektu</p> <p>2) - 3 pkt Nazwa projektu</p> <p>3) - 3 pkt Nazwa projektu</p> <p>Proszę wpisać liczbę zakończonych projektów regionalnych, w których brali Państwo udział w charakterze Lidera lub Partnera. Jeżeli jest mowa o projektach regionalnych, to muszą to być projekty z obszaru województwa kujawsko-pomorskiego. Można wymienić maksymalnie 3 projekty.</p>
3.2	<p>Liczba zrealizowanych (zakończonych) projektów krajowych z zakresu ochrony zdrowia dofinansowanych ze środków UE w perspektywie finansowania 2007 -2013: (1 projekt – 3 pkt)</p> <p>1) - 3 pkt Nazwa projektu</p> <p>2) - 3 pkt Nazwa projektu</p> <p>3) - 3 pkt Nazwa projektu</p> <p>Proszę wpisać liczbę zakończonych projektów krajowych, w których brali Państwo udział w charakterze Lidera lub Partnera. Można wymienić maksymalnie 3 projekty.</p>
Razem:		

8) Kryteria wyboru oferty podmiotu wykonującego działalność leczniczą polegającą na ambulatoryjnym świadczeniu zdrowotnym²

Lp.	Kryteria wyboru	Maksymalna liczba punktów
1	Zgodność działania kandydata na Partnera z celami partnerstwa	

² Punkt ten wypełnia kandydat na Partnera prowadzący działalność leczniczą polegającą na ambulatoryjnym świadczeniu zdrowotnym. Po wypełnieniu tego punktu kandydat na Partnera nie wypełnia punktu 7, wypełnia jako kolejny punkt 9



1.1	Długość (w latach) dotychczasowej działalności kandydata na Partnera polegającej na ambulatoryjnym świadczeniu zdrowotnym do 5 lat – 5 pkt, powyżej 5 lat – 10 pkt
1.2	Liczba udzielanych miesięcznie porad w placówce do 100 – 5 pkt powyżej 100 – 10 pkt
1.3	Świadczenie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie: 1) badań USG: NIE – 0 pkt, TAK – 5 pkt 2) badań RTG: NIE – 0 pkt, TAK – 5 pkt 3) badań EKG: NIE – 0 pkt, TAK – 5 pkt	1) 2) 3)
2	Deklarowany wkład kandydata na Partnera w realizację projektu	
2.1	Potencjał informacyjny 1) wielkość danych (określana w GB) jaką kandydat na Partnera może dołączyć w ciągu roku do regionalnego systemu Elektronicznego Rekordu Pacjenta (EHR) uwzględniając dane z systemów PACS i HIS, do 1 GB – 5 pkt, powyżej 1 GB – 10 pkt, 2) czy jednostka posiada funkcjonujący System Ruchu Chorych do obsługi pacjentów? NIE – 0 pkt TAK – 10 pkt	1) 2) 3)
2.2	Potencjał ludzki Liczba personelu medycznego zatrudnionego w jednostce w pełnym wymiarze czasu pracy Ilość pracowników medycznych Wzór, wg którego będą wyliczane punkty: Liczba personelu medycznego podana w formularzu zgłoszonym przez jednostkę x 30 pkt Liczba punktów = ----- Największa liczba personelu medycznego podana przez jednostki w złożonych przez nie formularzach Uwaga! Liczbę punktów w tym punkcie wylicza instytucja ogłaszająca konkurs. Maksymalna liczba punktów – 30 pkt



3	Doświadczenie kandydata na Partnera w realizacji projektów z zakresu ochrony zdrowia dofinansowanych ze środków UE	
3.1	<p>Liczba zrealizowanych (zakończonych) projektów regionalnych z zakresu ochrony zdrowia dofinansowanych ze środków UE w perspektywie finansowania 2007 -2013: (1 projekt – 3 pkt)</p> <p>1)- 3 pkt Nazwa projektu</p> <p>2)- 3 pkt Nazwa projektu</p> <p>3) - 3 pkt Nazwa projektu</p> <p>Proszę wpisać liczbę zakończonych projektów regionalnych, w których brali Państwo udział w charakterze Lidera lub Partnera. Jeżeli jest mowa o projektach regionalnych, to muszą to być projekty z obszaru województwa kujawsko-pomorskiego. Można wymienić maksymalnie 3 projekty.</p>
3.2	<p>Liczba zrealizowanych (zakończonych) projektów krajowych z zakresu ochrony zdrowia dofinansowanych ze środków UE w perspektywie finansowania 2007 -2013: (1 projekt – 3 pkt)</p> <p>1) - 3 pkt Nazwa projektu</p> <p>2) - 3 pkt Nazwa projektu</p> <p>3) - 3 pkt Nazwa projektu</p> <p>Proszę wpisać liczbę zakończonych projektów krajowych, w których brali Państwo udział w charakterze Lidera lub Partnera. Można wymienić maksymalnie 3 projekty.</p>
Razem:		



9) Oświadczenie

Oświadczenie

1. Oświadczam, że jednostka, którą reprezentuję spełnia wymagania określone w dokumentacji konkursowej wobec Partnera.
2. Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym zgłoszeniu są zgodne z prawdą. Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie niniejszej oferty zespołowi oceniającemu zgłoszenie.
3. Oświadczam, że jednostka, którą reprezentuję jest wpisana do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) pod nr
4. Oświadczam, że jednostka, którą reprezentuję posiada aktualną umowę zawartą z NFZ w zakresie udzielania świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w ramach podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.
5. Oświadczam, iż znane mi są zapisy dokumentacji konkursowej w celu utworzenia Partnerstwa, którego liderem będzie Województwo Kujawsko-Pomorskie dla wspólnej realizacji projektu pn. „Budowa kujawsko-pomorskiego systemu udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej” w okresie jego przygotowania, realizacji i trwania.
6. Oświadczam o posiadanym prawie do dysponowania nieruchomością na cele projektu - posiadam prawo do dysponowania nieruchomością oznaczoną w ewidencji gruntów i budynku/ów jako działka(i) nr w obrębie ewidencyjnym w jednostce ewidencyjnej na cele realizacji projektu, wynikające z tytułu:

.....
Pieczęć podmiotu

.....
Podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych



Deklaracja

Deklaruję gotowość uczestnictwa w przygotowaniu i realizacji oraz utrzymania w okresie trwałości projektu partnerskiego, którego liderem będzie Województwo Kujawsko-Pomorskie tj. projektu pn. „Budowa kujawsko-pomorskiego systemu udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej” w ramach Osi priorytetowej 2 Cyfrowy region, Działanie 2.1 Wysoka dostępność i jakość e-usług publicznych, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020.

Ponadto po wyborze reprezentowanej przeze mnie organizacji jako Partner projektu, deklaram podpisanie umowy partnerskiej.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis/-y/ pieczętki osoby/osób upoważnionej/upoważnionych

Do niniejszego zgłoszenia przedkładam następujące załączniki:

1. Aktualny (zgodny ze stanem faktycznym) odpis z właściwego rejestru, np. KRS,
2. Aktualny statut lub inny dokument zawierający zakres działalności podmiotu oraz wskazujący organy uprawnione do reprezentacji,
3. Inne jeśli są wymagane np. dokumenty upoważniające daną osobę lub osoby do reprezentowania podmiotu – dotyczy podmiotów, które w dokumencie stanowiącym o podstawie działalności nie posiadają informacji o osobach upoważnionych do reprezentowania podmiotu, oświadczenia właściwego organu, zarządu głównego lub innego organu wykonawczego, wyrażające:
 - upoważnienie do składania zgłoszenia na realizację projektu (w przypadku, gdy dokumentacja podpisana jest przez inną osobę niż uprawnioną do reprezentacji),
 - zgodę na zawarcie w imieniu podmiotu składającego zgłoszenie umowy z Województwa Kujawsko-Pomorskiego,
 - upoważnienie do dysponowania środkami finansowymi oraz dokonywania rozliczeń w tym zakresie.

Uwaga:

- a) Zgłoszenie muszą podpisać osoby, które zgodnie z zapisami w KRS lub innym dokumencie prawnym są upoważnione do reprezentowania oferenta na zewnątrz i zaciągania w jego imieniu zobowiązań finansowych (zawierania umów).
- b) Załączniki w formie kserokopii należy potwierdzić za zgodność z oryginałem na każdej stronie (pieczętka organizacji, podpis osoby upoważnionej z pieczętką imienną oraz datą) lub zbiorczo na pierwszej stronie dokumentu z informacją o ilości stron, których dotyczy poświadczenie zgodności.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych