*Załącznik nr 1 do ogłoszenia*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PARTNERA**

**DO PROJEKTU:**

*„Wyposażenie środowisk informatycznych wojewódzkich, powiatowych i miejskich podmiotów leczniczych w narzędzia informatyczne umożliwiające wdrożenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej oraz stworzenie sieci wymiany danych między podmiotami leczniczymi samorządu województwa”.*

|  |
| --- |
| **INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ INSTYTUCJĘ PRZYJMUJĄCĄ ZGŁOSZENIE** |
| Data przyjęcia zgłoszenia: |

**I. PODSTAWOWE DANE ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ PODMIOTU**

1. Nazwa Podmiotu: …………………………………………………………………………………

2. Status prawny: ……………………………………………………………………………………

3. NIP: ……………………………………………………………………………………

4. REGON: ……………………………………………………………………………………

5. KRS ……………………………………………………………………………………

6. Adres siedziby:

Ulica: ……………………………………………………………………………………

Nr domu: ……………………………………………………………………………………

Nr lokalu: ……………………………………………………………………………………

Kod pocztowy: ……………………………………………………………………………………

Miejscowość: ……………………………………………………………………………………

Telefon: ……………………………………………………………………………………

Fax: ……………………………………………………………………………………

7. Osoba do kontaktu:

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………

Numer telefonu: ……………………………………………………………………………………

e-mail: ……………………………………………………………………………………

Fax: ……………………………………………………………………………………

**II. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE O KANDYDACIE NA PARTNERA**

1. Opis działalności prowadzonej przez podmiot leczniczy/charakterystyka podmiotu

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

1. Informacja na temat wdrożonych lub będących na etapie wdrażania elementów elektronicznej dokumentacji medycznej, obejmujących co najmniej: rozliczenia kontraktu z NFZ, rozwiązania w zakresie apteki szpitalnej (wpisać nazwy, podstawowe parametry, datę wdrożenia elementów elektronicznej dokumentacji medycznej, np. apteka, aplikacja firmy xxx, wdrożona w xxx kwartale xxx roku)

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

1. Informacja na temat dysponowania infrastrukturą teleinformatyczną umożliwiającą co najmniej skanowanie i przetwarzanie dokumentacji medycznej (wpisać nazwy i ilość urządzeń oraz aplikacji umożliwiających przetwarzanie i skanowanie dokumentacji medycznej)

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

1. Opis przedsięwzięć, w których podmiot leczniczy był beneficjentem lub partnerem lub w innym charakterze uczestniczył lub uczestniczy w realizacji projektu ze środków UE lub środków publicznych (wpisać nazwy projektów, czas realizacji, sposób w jaki wnioskodawca uczestniczył lub partycypował w realizacji tych projektów)

…………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

**III. OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że podmiot leczniczy wskazany w punkcie I.1. niniejszego zgłoszenia jest spółką kapitałową, w której minimum 50% udziałów lub akcji należy do jednostki samorządu terytorialnego mającego siedzibę na terenie województwa wielkopolskiego

lub

oświadczam, że minimalna wartość kontraktu podmiotu leczniczego wskazanego   
w punkcie I.1. niniejszego zgłoszenia z Narodowym Funduszem Zdrowia za rok 2015 wynosi co najmniej 50.000.000 złotych (słownie: pięćdziesiąt milionów złotych) *proszę podkreślić właściwe*

………………………………………..

*Data, podpis, pieczątka*

1. Oświadczam, że podmiot leczniczy wskazany w punkcie I.1. niniejszego zgłoszenia prowadzi działalność leczniczą w przeważającej części na terenie województwa wielkopolskiego, poprzez świadczenia medyczne realizowanew budynkach położonych na terenie województwa wielkopolskiego

………………………………………..

*Data, podpis, pieczątka*

1. Oświadczam, że podmiot leczniczy wskazany w punkcie I.1 niniejszego zgłoszenia zatrudnienia co najmniej jednego informatyka w wymiarze co najmniej 0,5 etatu lub współpracuje z podmiotem lub podmiotami zewnętrznymi zapewniającymi stałe wsparcie informatyczne temu podmiotowi leczniczemu

…………………………………………

*Data, podpis, pieczątka*

1. Oświadczam, że podmiot leczniczy wskazany w punkcie I.1 niniejszego zgłoszenia pokryje koszty prac przygotowawczych na warunkach określonych we wzorze Wstępnej Umowy Partnerstwa

…………………………………………

*Data, podpis, pieczątka*

1. Oświadczam, że podmiot leczniczy wskazany w punkcie I.1 niniejszego zgłoszenia   
   w przypadku zawarcia właściwej Umowy Partnerstwa, której warunkiem koniecznym jest uprzednie zawarcie Wstępnej Umowy Partnerstwa, wyraża gotowość pokrycia Wkładu Finansowego Partnera oraz wykonanie pozostałych obowiązków Partnera na zasadach określonych we Wstępnej Umowie Partnerstwa

…………………………………………

*Data, podpis, pieczątka*

1. Oświadczam, że podmiot leczniczy wskazany w punkcie I.1 niniejszego zgłoszenia akceptuje treść Wstępnej Umowy Partnerstwa stanowiącej załącznik numer 2 do ogłoszenia

…………………………………………

*Data, podpis, pieczątka*

1. Wyrażam zgodę na upublicznienie informacji o wyborze mojej instytucji do pełnienia  funkcji Partnera.

………………………………………….

*Data, podpis, pieczątka*

1. Oświadczam, że podmiot leczniczy, o którym mowa w punkcie I.1. niniejszego zgłoszenia nie jest wykluczony z otrzymania dofinansowania na podstawie art. 207 ust. 4-6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych ( Dz. U. z 2013 r. poz. 85, z późn. zm.).

…………………………………………

*Data, podpis, pieczątka*

1. Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

………………………………………

*Data, podpis, pieczątka*

|  |
| --- |
| Data wypełnienie formularza: |
| \*Pieczęć i podpis osób uprawnionych do reprezentowania Podmiotu. |

\*Uwaga! Wszystkie oświadczenia zawarte w niniejszym zgłoszeniu winna/y podpisać osoba/y upoważniona/e do reprezentowania Wnioskodawcy. W przypadku gdy osoba/y działa/ją na podstawie udzielonego pełnomocnictwa, prosimy załączyć stosowne pełnomocnictwo.