

Załącznik nr 2 do Procedury oceny i wyboru wniosków placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej o udział w projekcie „Wdrożenie e-usług w placówkach POZ i ich integracja z systemem e-zdrowia z wykorzystaniem narzędzia centralnego” („e-Gabinet+”)

**Wniosek o udział w projekcie
pn. *Wdrożenie e-usług w placówkach POZ i ich integracja z systemem e-zdrowia z wykorzystaniem narzędzia centralnego* („e-Gabinet+”)**

PROGRAM OPERACYJNY INFRASTRUKTURA I ŚRODOWISKO 2014-2020

(WZÓR FORMULARZA O CHARAKTERZE POGŁĄDOWYM)

(formularz wypełniany bezpośrednio na Platformie Obsługi Projektów Inwestycyjnych Ministerstwa Zdrowia pod adresem <https://e-inwestycje.mz.gov.pl>)

I. WNIOSKODAWCA – DANE OGÓLNE
1.1. REGON:
1.2. Nazwa Wnioskodawcy:
1.3. Forma prawna:
1.3.1. Nazwa rejestru, który potwierdza status prawny Wnioskodawcy (KRS lub CEIDG):
1.3.2. Nr KRS:
1.4. NIP:
1.5. Adres siedziby wskazany w dokumentach rejestrowych podmiotu (kod pocztowy, miejscowość, województwo, ulica, budynek, lokal):
1.6. Główny adres e-mail, główny nr tel.:
1.7. Osoba/-y do kontaktu/uprawniona/-e do podejmowania decyzji w imieniu Wnioskodawcy (imię, nazwisko, stanowisko, nr tel. komórkowego, adres e-mail, nr PESEL):

II. INFORMACJE O PLACÓWCE POZ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSK
2.1. Nazwa Placówki POZ
2.2. Dane teleadresowe Placówki POZ tj. ADRES Miejsca udzielania świadczeń, o którym mowa w Procedurze (ulica, nr budynku, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, gmina, województwo, nr telefonu komórkowego, adres e-mail)
2.3. Koperta A/B
2.4. Czy Wnioskodawca na dzień składania Wniosku posiada Umowę z NFZ na udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna co najmniej w zakresie „świadczenia lekarza POZ” w Placówce POZ wskazanej we Wniosku?

2.5. Dane dotyczące Placówki POZ – warunki dostępowe

2.5.1. Czy Placówka POZ posiada certyfikat dostępowy do P1 (certyfikat dostępowy podmiotu)?

2.5.2. Czy liczba aktywnych deklaracji jest mniejsza niż 5 000 (wg stanu na dzień 31.12.2021 r.)?

2.5.3. Czy Placówka POZ nie raportuje do systemu e-zdrowia Zdarzeń Medycznych lub nie przekazuje do systemu e-zdrowia indeksów EDM?

2.6. Liczba osób zatrudnionych w Placówce POZ w procesie udzielania świadczeń Pacjentom.

III. WNIOSKODAWCA – OŚWIADCZENIA I ZGODY

3.1. Oświadczam, że nie ubiegam się o wsparcie w ramach w projekcie nr POIS.11.03.00-00-0074/22 pn.: „Wdrożenie e-usług w placówkach POZ i ich integracja z systemem e-zdrowia” („e-usługi POZ”).

3.2. Oświadczam, że jestem świadczeniodawcą udzielającym w Placówce POZ wskazanej we Wniosku świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna co najmniej w zakresie: „świadczenia lekarza POZ”, na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia wskazanej we Wniosku.

3.3. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami.

3.4. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania, w tym wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

3.5. Wyrażam zgodę na udostępnienie niniejszego Wniosku innym instytucjom oraz ekspertom dokonującym weryfikacji, ewaluacji i oceny oraz wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych mających na celu ocenę Projektu.

3.6. Oświadczam, że jestem uprawniony/-na do reprezentowania Wnioskodawcy w zakresie objętym niniejszym Wnioskiem.

3.7. Oświadczam, że wsparcie rzeczowe otrzymane w ramach Projektu będzie wykorzystywane zgodnie z zasadami określonymi w Umowie, w tym wyłącznie do świadczenia usług finansowanych w ramach umów z NFZ.

3.8. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję, zapewni utrzymanie otrzymanego w ramach Projektu wsparcia rzeczowego w okresie trwałości Projektu (tj. upływu 5 lat po zatwierdzeniu wniosku o płatność końcową w ramach Projektu - co najmniej do końca I kwartału 2029 roku) zgodnie z zasadami określonymi w Umowie.

3.9. Oświadczam, że Placówka POZ wskazana we Wniosku zintegruje się z systemem e-zdrowia w zakresie Zdarzeń Medycznych i Elektronicznej Dokumentacji Medycznej najpóźniej do dnia 30.11.2023 r.

3.10. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z dokumentem „Model referencyjny” i zobowiązuje się wdrożyć określone w nim procesy w Placówce POZ wskazanej we Wniosku.

3.11. Oświadczam, że w stosunku do Wnioskodawcy, którego reprezentuję:

- nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust.1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. poz.835) oraz
- nie obowiązują zakazy określone w rozporządzeniu (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1).

IV. ZAKRES POTRZEB WNIOSKODAWCY

4.1. Potrzeby Wnioskodawcy w zakresie sprzętu komputerowego przeznaczonego dla Placówki POZ wskazanej we Wniosku (należy zaznaczyć pozycje, na które Wnioskodawca składa zapotrzebowanie wraz z liczbą sztuk każdej pozycji. Liczba możliwych do wskazania sprzętów zależy od zadeklarowanej liczby osób zatrudnionych w procesie udzielania świadczeń Pacjentom w Placówce POZ wskazanej we Wniosku):

- Laptopy i czytniki e-dowodów (liczba sztuk, maksymalnie 6 szt.)
- Urządzenia wielofunkcyjne – drukarki z funkcją skanowania (liczba sztuk, maksymalnie 2 szt.)
- Switch (liczba sztuk, maksymalnie 1 szt.)

4.2. Oświadczam, że powyższy zakres wsparcia rzeczowego objętego Wnioskiem wynika z przeprowadzonej analizy potrzeb Placówki POZ wskazanej we Wniosku.

Oświadczam, że:

- *zapoznałem/-am się z poniższą Procedurą oraz załącznikami do niej,*
- *zawarte przeze mnie informacje w niniejszym Wniosku są zgodne z prawdą.*

.....

[Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy oraz stanowisko]

.....

[Podpis osoby składającej Wniosek]

V. Załączniki

- Załącznik 1 Dokument potwierdzający prawo do reprezentacji (np. aktualny na dzień złożenia wniosku wyciąg z KRS).
- Załącznik 2 Pełnomocnictwo (jeżeli dokument stanowiący załącznik 1 nie potwierdza prawa do reprezentacji osoby podpisującej Wniosek).