Formular 1

**ACORD DE COLABORARE IN CADRUL PROIECTULUI**

**„Fii responsabilă de sănătatea ta - programe regionale de prevenire, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de col uterin - etapa II**

**Regiunea de dezvoltare: Nord-Vest” cod SMIS 140501**

 Subsemnatul......................................................reprezentant legal al furnizorului de servicii medicale ......................................................................... , CUI/CIF....................................având sediul în localitatea........................., strada..............................................., nr...... bloc.......scara....................., etaj........ap........sector/judeţ........................., telefon..............................., email....................................................................

exprim acordul instituţiei de a colabora cu Institutul Oncologic „Prof. Dr. Ion Chiricuță” Cluj Napoca (IOCN) prin furnizarea urmatoarelor servicii, asa cum sunt descrise in caietul de sarcini atasat.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DA\*** | **Denumire serviciu / serviciu medical** | pret/serviciu |
|  | Servicii informare şi consiliere în vederea testării HPV sau Babeş Papanicolau | 15 |
|  | Recoltare pentru test Babeş-Papanicolau | 28 |
|  | Examen citologic cervico-vaginal Babeş-Papanicolau | 40 |

\*se bifează serviciul medical

Anexez documentele solicitate:

1. Fișa de consimțământ GDPR (Formular 2)
2. Declarație privind evitarea dublei finanțări (Formular 3)
3. Lista personalului (Formular 4) însoţită de certificatele de membru al Colegiului medicilor/OAMMR şi ALP
4. Angajament privind participarea personalului la cursurile organizate în cadrul proiectului «Integrarea screeningului primar HPV în programul național de screening pentru cancerul de col uterin" , POCU 120798 (Formular 5);

Denumire furnizor servicii medicale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nume reprezentant legal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semnătură reprezentant legal şi ştampila unităţii furnizoare de servicii

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_