

Centrum Medyczne PROFAMILIA ogłasza otwarty nabór

**dla PORADNI POZ do współpracy w celu kierowania pacjentów do projektu**

**AKTYWNOŚĆ na 50+ Wdrożenie Programu rehabilitacji leczniczej wśród mieszkańców m. Łodzi w wieku powyżej 50 roku życia cierpiących na choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej**

Program jest skierowany do mieszkańców m. Łodzi, będących w wieku aktywności zawodowej, którzy ukończyli 50 r.ż.. Program dedykowany jest pacjentom posiadającym wskazania w związku z diagnozą z zakresu chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, w szczególności doświadczającym przewlekłych dolegliwości bólowych i/lub ograniczenia ruchomości w przebiegu chorób zwyrodnieniowych stawów i innych artropatii, chorób kręgosłupa, czy chorób tkanek miękkich (mięśni, powięzi i ścięgien), a których stan zdrowia umożliwia podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

Projekt współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Poddziałania X.3.1 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 X.3.1: Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej.

**Rodzaj umowy:** umowa cywilno-prawna

**Okres realizacji:** IV.2018-XII.2019

**Sposób płatności:** przelew po zakończeniu m-ca na podstawie faktury wystawionej przez poradnię

Zakres obowiązków wynikających z umowy:

Zadaniem lekarzy pierwszego kontaktu będzie kierowanie pacjentów do Projektu – (załącznik nr A).

Szczegółowe wytyczne dotyczące wykonania porady znajdują się w materiałach szczegółowych dla projektu i są dostępne w biurze projektu w Centrum Medycznym PROFAMILIA, ul. Stefana 2 w Łodzi w godzinach pracy poradni.

**Zainteresowane poradnie proszone są o składanie ofert:**

na adres Centrum medyczne PROFAMILIA, ul. Stefana 2, 91-463 Łódź

lub

mailem na adres: [lidia.zwierzak@profamilia.net.pl](mailto:lidia.zwierzak@profamilia.net.pl)

Szczegółowe informacje: 502 597 987

**ZAŁĄCZNIKI:**

- ZAŁĄCZNIK A

- WZÓR OFERTY



Załącznik A

### Zalecenie udziału

w Programie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego

**AKTYWNOŚĆ na 50+ Wdrożenie Programu rehabilitacji leczniczej wśród mieszkańców m. Łodzi w wieku powyżej 50 roku życia cierpiących na choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej**

Imię i nazwisko pacjenta : .....

PESEL lub data urodzenia: .....

Rozpoznanie stanowiące przyczynę zalecenia (wg ICD 10) .....

.....

data

.....

podpis lekarza

## OFERTA PORADNI POZ

### DOTYCZĄCA WSPÓŁPRACY W ZAKRESIE KIEROWANIA PACJENTÓW DO PROGRAMU

**AKTYWNOŚĆ na 50+** Wdrożenie Programu rehabilitacji leczniczej wśród mieszkańców m. Łodzi w wieku powyżej 50 roku życia cierpiących na choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej

realizowanego przez PROFAMILIA Anna Lesiewicz-Ksycińska, Lidia zwierzak Spółka Jawna

Nazwa	
Adres	
Adres przychodni POZ	
Stawka za 1 skierowania (wraz ze składkami pracodawcy)	
Nr telefonu	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie w związku z naborem do projektu **AKTYWNOŚĆ na 50+ Wdrożenie Programu rehabilitacji leczniczej wśród mieszkańców m. Łodzi w wieku powyżej 50 roku życia cierpiących na choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej**, dla potrzeb niezbędnych do jego realizacji, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

.....  
miejsce i data

.....  
podpis osoby reprezentującej