**Załącznik nr 4**

………………………………

*Pieczęć oferenta*

**W przypadku wyłonienia reprezentowanego przeze mnie podmiotu jako realizatora Programu badań przesiewowych raka jelita grubego   
w systemie oportunistycznym, zobowiązuję się do:**

* 1. wykonywania kolonoskopii diagnostycznej wraz z usunięciem polipów o wielkości do 15 mm włącznie, i ich badaniem histopatologicznym oraz pobraniem wycinków z nacieku nowotworowego (plus badanie histologiczne),
  2. skierowania osób z polipami wielkości powyżej 15 mm lub licznymi polipami (10 lub więcej) oraz naciekiem nowotworowym do dalszego leczenia szpitalnego (niefinansowanego w ramach Programu), oraz uzyskanie informacji o wynikach tego dalszego leczenia,
  3. ustalenia dalszych zaleceń nadzoru u wszystkich osób poddanych badaniom przesiewowym,
  4. zgłaszania wykrytych raków jelita grubego do regionalnego lub Krajowego Rejestru Nowotworów poprzez wypełnienie odpowiedniej karty zgłoszenia nowotworu złośliwego,
  5. zapewnienia dostępu do nieodpłatnego dla pacjenta badania w znieczuleniu miejscowym (żel znieczulający) dla każdego pacjenta, który nie będzie miał przeciwskazań medycznych i wyrazi chęć skorzystania z tego rodzaju badania,
  6. zapewnienia dostępu do nieodpłatnego dla pacjenta badania w sedacji dożylnej lub wziewnej - sedacja będzie mogła być wykonana w liczbie nieprzekraczającej 50% przyznanej liczby badań (jej koszt będzie rozliczany oddzielnie od samego badania),
  7. podejmowania dodatkowych działań promocyjnych, mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania,
  8. obsługi Systemu Informatycznego Programu Badań Przesiewowych (SI-PBP) zgodnie z opisem w załączniku 3a oraz instrukcjami Koordynatora Programu,
  9. systematycznego uzupełniania bazy danych SI-PBP za lata 2019 – 2021, a także uzupełniania bazy danych za lata 2016-2018, lub z wcześniejszych lat w przypadku istnienia braków - jeżeli w tym okresie realizowano Program (uzupełnianie bazy danych do dnia 30 czerwca następnego roku kalendarzowego, za poprzedni rok kalendarzowy), oraz przekazywania brakujących informacji do Koordynatora Programu na jego wniosek,
  10. udziału co najmniej jednego lekarza-endoskopisty w corocznym spotkaniu dotyczącym oceny jakości realizacji Programu,
  11. nieprzedstawiania badań wykonywanych w ramach Programu w rozliczeniach z innymi podmiotami,
  12. podpisania Porozumienia dotyczącego przekazywania danych osobowych i medycznych w ramach Programu między ośrodkiem a koordynatorem Programu -Centrum Onkologii – Instytutem.

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

Data Pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych

do reprezentowania oferenta