**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I**

***ZGŁOSZENIE OFERTOWE***

do udziału w zadaniu pn.: **Program kontroli jakości w diagnostyce ostrej białaczki u dzieci na lata 2020-2021.**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa albo firma, zgodna z właściwym rejestrem lub dokumentem założycielskim |  |
| Adres wraz z kodem pocztowym |  |
| Województwo |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| Adres skrzynki ePUAP |  |
| Imię i nazwisko osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania oferenta |  |
| Imię i nazwisko osoby składającej / osób składających ofertę**[[1]](#footnote-1)** |  |
| Data i numer wpisu do KRS[[2]](#footnote-2)  wraz z nazwą i siedzibą sądu  lub informacje o innym właściwym dokumencie rejestrowym potwierdzającym status prawny Oferenta [[3]](#footnote-3) |  |
| Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą[[4]](#footnote-4) |  |
| Nazwa banku i numer konta bankowego oferenta |  |

**Część II**

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że**

* 1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia,
  2. dane zawarte w ofercie są prawdziwe;
  3. ❒ nie posiadam przychodów z innych źródeł na realizację zadań tego samego rodzaju, co zadanie stanowiące przedmiot konkursu, uwzględniające również działalność spółek względem oferenta dominujących lub zależnych w rozumieniu art. 4 pkt 14 i 15 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o ofercie publicznej i warunkach wprowadzenia instrumentów finansowych do zorganizowanego systemu obrotu oraz o spółkach publicznych ((Dz. U. z 2019 r. poz. 623, z późn. zm.)

❒posiadam przychody\* z innych źródeł na realizację zadań tego samego rodzaju, co zadanie stanowiące przedmiot konkursu, uwzględniające również działalność spółek względem oferenta dominujących lub zależnych w rozumieniu art. 4 pkt 14 i 15 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o ofercie publicznej i warunkach wprowadzenia instrumentów finansowych do zorganizowanego systemu obrotu oraz o spółkach publicznych ((Dz. U. z 2019 r. poz. 623, z późn. zm.);

* 1. zapoznałem się ze skrótowym opisem celów i podstawowych elementów zadania określonych w załączniku nr 2 pn. *Opis* programu *„***Program kontroli jakości w diagnostyce ostrej białaczki u dzieci***” na lata 2020-2021* i oświadczam, że Program będzie realizowany zgodnie z opisem zawartym w w/w załączniku.
  2. posiadam aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (w przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą) zawartą na okres ................................................................. termin opłacenia składki .................................................................(w przypadku opłacania w ratach – informacja o opłaceniu raty).
  3. informacje zawarte w ofercie:

❒ stanowią tajemnicę przedsiębiorcy w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1429) i podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom\*,

❒ nie stanowią tajemnicy przedsiębiorcy w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1429) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom\*,

* 1. Posiadam aktualną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej oraz chemioterapii w zakresie lecznictwa szpitalnego i/lub ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;
  2. zadania wykonywane w ramach Programu nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami,
  3. złożony za pomocą ePUAP wniosek o dofinansowanie zadania stanowi oświadczenie woli Oferenta, zaś informacje dotyczące Oferenta zawarte we wniosku o dofinansowanie oraz dokumentach do niego załączonych, są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,
  4. wszelkie dane finansowe zawarte w ofercie zostały potwierdzone przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń finansowych (osobę odpowiedzialną za prowadzenie ksiąg rachunkowych) oraz przez osobę uprawnioną do reprezentowania Oferenta,
  5. jestem świadomy skutków niezachowania wskazanej formy komunikacji oraz zobowiązaniu się do prowadzenia elektronicznej korespondencji dotyczącej postępowania konkursowego oraz w przypadku wyboru na realizatora zadania, dalszej korespondencji dotyczącej zawarcia i realizacji umowy, jestem świadomy, że oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia
  6. kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem.

**CZĘŚĆ III a**

**W zakresie monitorowania minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną w AML**

**PLAN RZECZOWO-FINANSOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres świadczeń** | **2020** | | | **2021** | | |
| **Liczba** | **Cena jednostkowa (w zł)** | **Łączny koszt  (w zł)** | **Liczba** | **Cena jednostkowa (w zł)** | **Łączny koszt  (w zł)** |
| 1. | Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** | - | - |  | - | - |  |

**HARMONOGRAM**

|  |  |
| --- | --- |
| **Planowany okres realizacji działań:** | |
| **Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej – badania wykonywane metodą molekularną:** | |
| **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |

**CZĘŚĆ III b**

**W zakresie monitorowania minimalnej choroby resztkowej metodą cytofluorometryczną w ALL** **(przy pomocy cytometrii przepływowej)**

**PLAN RZECZOWO-FINANSOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres świadczeń** | **2020** | | | **2021** | | |
| **Liczba** | **Cena jednostkowa (w zł)** | **Łączny koszt  (w zł)** | **Liczba** | **Cena jednostkowa (w zł)** | **Łączny koszt  (w zł)** |
| 1. | Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą cytofluorometryczną |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** | - | - |  | - | - |  |

**HARMONOGRAM**

|  |  |
| --- | --- |
| **Planowany okres realizacji działań:** | |
| **Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej – badania wykonywane metodą cytofluorometryczną:** | |
| **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* | |
|  |  | |

**CZĘŚĆ IV a**

**W zakresie monitorowania minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną w AML**

**INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagania merytoryczne:** | **Opisać spełnienie wymagań:** |
| **1.** | Diagnozowanie i leczenie dzieci z AML według standardu ustalonego w programie AML-BFM 12 lub AML-BFM-19 | *□ tak/ □ nie\** |
| **2.** | Posiadanie laboratorium genetyki molekularnej do oceny rearanżacji genetycznych w komórkach białaczkowych przy pomocy wystandaryzowanych metod w wykrywaniu minimalnej choroby resztkowej metodami molekularnymi | *□ tak/ □ nie\** |
| **3.** | Zatrudnianie minimum 2 osób, z co najmniej stopniem magistra z analityki medycznej lub biotechnologii lub biologii oraz udokumentowanym minimum 3-letnim doświadczeniem w pracy w molekularnym laboratorium genetycznym | *□ tak/ □ nie\**  *[………………]\*\** |
| **4.** | Dysponowanie wyposażeniem technicznym umożliwiającym wykonywanie badań zgodnie ze standardami programu AML-BFM 12 lub AML-BFM-19 | *□ tak/ □ nie\** |
| **5.** | Liczba dzieci z ostrą białaczką AML leczonych przez Oferenta w ramach kontraktu z NFZ w latach 2018-2019 (stan na dzień złożenia oferty) | *………….\*\** |

\* właściwe zakreślić

\*\* wpisać liczbę

**CZĘŚĆ IV a**

**W zakresie monitorowania minimalnej choroby resztkowej metodą cytofluorometryczną w ALL** **(przy pomocy cytometrii przepływowej)**

**INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagania merytoryczne:** | **Opisać spełnienie wymagań:** |
| **1.** | Diagnozowanie i leczenie dzieci z ALL według standardu ustalonego  w programie ALL AIEOP-BFM2017 | *□ tak/ □ nie\** |
| **2.** | Posiadanie laboratorium cytometrii przepływowej co najmniej  8-kolorowej do oceny immunofenotypu komórek białaczkowych przy pomocy wystandaryzowanych paneli przeciwciał. | *□ tak/ □ nie\** |
| **3.** | Zatrudnianie minimum 2 osoby, z co najmniej stopniem magistra z doświadczeniem praktycznym w wykonywaniu cytometrii przepływowej | *□ tak/ □ nie\**  *[………………]\*\** |
| **4.** | Posiadanie certyfikatu jakości AIEOP – BFM Network. | *□ tak/ □ nie\** |
| **5.** | Liczba dzieci z ostrą białaczką ALL leczonych przez Oferenta w ramach kontraktu z NFZ w latach 2018-2019 (stan na dzień złożenia oferty) | *………….\*\** |

\* właściwe zakreślić

\*\* wpisać liczbę

1. W przypadku jeżeli jest to osoba inna bądź są to osoby inne, niż wskazane we właściwym dokumencie rejestrowym do reprezentacji Oferenta. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dołączyć do oferty wydruk, o którym mowa w art. 4 ust. 4aa ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz. U. z 2019 r. poz. 1500, z późn. zm.), z Krajowego Rejestru Sądowego, zawierający dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzenia oferty [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku przedsiębiorców będących osobami fizycznymi, oświadczenie o uzyskaniu wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, o której mowa w art. 14 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2017 r. poz. 2168, z późn. zm.) albo o dacie złożenia wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. [↑](#footnote-ref-3)
4. w przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą, numer wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r. poz. 295), zaś w przypadku, o którym mowa w art. 104 tej ustawy, kopia zawiadomienia, o którym mowa w tym przepisie, uwierzytelniona przez osobę albo osoby uprawnione do reprezentacji oferenta, notariusza, radcę prawnego albo adwokata. [↑](#footnote-ref-4)