**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I**

***Zgłoszenie ofertowe***

do udziału w ***Programie kontroli jakości w diagnostyce nad dziećmi z guzami litymi***na lata 2019-2021:

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa oferenta |  |
| 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 |  |
| Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą[[3]](#footnote-3) |  |
| 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.) - należy wskazać źródło i wysokość przychodów (nie dotyczy kontraktu z NFZ):

1. ………………………………………………………………………………………………
2. ………………………………………………………………………………………………
	1. zapoznałem się ze skrótowym opisem celów i podstawowych elementów zadania określonych w załączniku nr 2 pn. *Opis programu* *„****Program kontroli jakości w diagnostyce nad dziećmi z guzami litymi****” na lata 2019-2021* 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 2018 r. poz. 1330) 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 2018 r. poz. 1330) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom\*,

* 1. posiadam umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej oraz chemioterapii w zakresie leczenia szpitalnego i/lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obowiązującej w dniu złożenia oferty
	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, iż oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia
	6. kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem

**Część III**

**PLAN RZECZOWO – FINANSOWY**

***Program kontroli jakości w diagnostyce nad dziećmi z guzami litymi* na lata 2019-2021,**

***(*modyfikacja treści załącznika jest niedozwolona- należy wypełnić tylko puste luki)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres świadczeń** | **2019** | **2020** | **2021** |
| **Liczba** | **Cena jednostkowa (w zł)** | **Łączny koszt (w zł)** | **Liczba** | **Cena jednostkowa (w zł)** | **Łączny koszt (w zł)** | **Liczba** | **Cena jednostkowa (w zł)** | **Łączny koszt (w zł)** |
| **1.** | Centralna weryfikacja badań patomorfologicznych/histopatologicznych |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | Centralna weryfikacja badań immunohistochemicznych |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** | Centralna weryfikacja badań molekularnych: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **a)** | Dla nowotworów tkanek miękkich: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | - RMA, |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | * N-myc,
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | * SS,
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | * Ewing/Pnet,
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | * ALK 1,
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **b)** | Dla neuroblastoma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ocena struktularnych i liczbowych aberracji chromosomowych techniką aCGH w tkance guza neuroblastoma,  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  ocena wybranych mutacji genu ALK techniką sekwencjionowania Sangera w tkance guza neuroblastoma,  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ocena amplifikacji genu MYCN techniką FISH w tkance guza neuroblastoma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.**  | Przesyłanie preparatów do badań |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** | Organizacja sesji weryfikacyjnych z udziałem przedstawicieli 18 ośrodków diagnostycznych: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | a) dla nowotworów tkanek miękkich, |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | b) dla neuroblastoma. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** | Organizacja sesji kliniczno-terapeutycznej z udziałem przedstawicieli wszystkich ośrodków leczących dzieci z neuroblastoma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** | - | - |  | - | - |  | - | - |  |

**Część IV**

**HARMONOGRAM**

***(*modyfikacja treści załącznika jest niedozwolona- należy wypełnić tylko puste luki)**

|  |
| --- |
| **Planowany okres wykonywania świadczeń:** |
| **Centralna weryfikacja badań patomorfologicznych/histopatologicznych:** |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |
| **Centralna weryfikacja badań immunohistochemicznych:** |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |
| **Centralna weryfikacja badań molekularnych (dla nowotworów tkanek miękkich):** |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |
| **Centralna weryfikacja badań molekularnych (dla neuroblastoma):** |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |
| **Przesyłanie preparatów do badań:** |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |
| **Organizacja sesji weryfikacyjnej dla nowotworów tkanek miękkich, z udziałem przedstawicieli 17 ośrodków diagnostycznych:** |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |
| **Organizacja sesji weryfikacyjnej dla neuroblastoma, z udziałem przedstawicieli 17 ośrodków diagnostycznych:** |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |
| **Organizacja sesji kliniczno-terapeutycznej z udziałem przedstawicieli wszystkich ośrodków leczących dzieci z guzami litymi:** |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |

**Część V**

**INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

***Program kontroli jakości w diagnostyce nad dziećmi z guzami litymi* na lata 2019-2021,**

***(*modyfikacja treści załącznika jest niedozwolona- należy wypełnić tylko puste luki)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagania merytoryczne:** | **Opisać spełnienie wymagań:** |
| **1.** | Prowadzenie leczenia dzieci z nowotworami litymi  | *□ tak/ □ nie\** |
| **2.** | Prowadzenie diagnozowania pozwalającego na rozpoznanie i stratyfikację nowotworów litych u dzieci w zakresie |  |
| **a)** | badań patomorfologicznych/histopatologicznych  | *□ tak/ □ nie \*,**jeśli tak wskazać liczbę przeprowadzonych badań……………………….* |
| **b)** | badań immunohistochemicznych  | *□ tak/ □ nie \*,**jeśli tak wskazać liczbę przeprowadzonych badań……………………….* |
| **c)** | badań molekularnych  | *□ tak/ □ nie \*,**jeśli tak wskazać liczbę przeprowadzonych badań……………………….* |
| **2.** | Wykonywanie badań diagnostycznych, niezbędnych do rozpoznania  i stratyfikacji nowotworów litych u dzieci | *□ tak/ □ nie \** |
| **3.** | Dysponowanie laboratorium w dziedzinie:  |  |
| **a)** | histopatologii i immunocytochemii tkanki guza, | *□ tak/ □ nie \** |
| **b)** | cytogenetyki i biologii molekularnej nowotworów litych. | *□ tak/ □ nie \** |
| **6.** | Doświadczenie w realizacji zadania NPZChN pn.: Program kontroli jakości opieki nad dziećmi z guzami litymi , w latach 2016-2018 | *□ tak/ □ nie \** |

\* zaznaczyć właściwe ,,X”

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. W przypadku podmiotów, o których mowa w art. 36 i 49 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz. U. z 2018 r. poz. 986), do oferty dołączyć wydruk, o którym mowa w art. 4 ust. 4aa tej ustawy, z Krajowego Rejestru Sądowego, zawierający dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzenia oferty. [↑](#footnote-ref-2)
3. 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 2018 r. poz. 2190), 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-3)