**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE**

do udziału w zadaniu: **Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez rozszerzenie sieci banków mleka kobiecego o województwa, w których banki mleka nie funkcjonują** (województwo świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie)**.**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Oferenta |   |
| Adres wraz z kodem pocztowym |   |
| 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)** (należy dołączyć pełnomocnictwo) |   |
| Imię i nazwisko osoby / osób odpowiedzialnej za udzielanie informacji w zakresie złożonej oferty wraz z nr telefonu |   |
| Data i numer wpisu do KRS (aktualny wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego należy dołączyć do oferty) wraz z nazwą i siedzibą sądu lub informacje o innym właściwym dokumencie rejestrowym potwierdzającym status prawny Oferenta [[2]](#footnote-2) |   |
| Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą[[3]](#footnote-3) |   |
| Nazwa banku i numer konta bankowego Oferenta, na które mają zostać przekazane środki z tytułu realizacji zadania |   |

**Część II– WYMAGANIA PROGOWE**

Reprezentowana przeze mnie jednostka spełnia poniższe wymaganie progowe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WYMAGANIE PROGOWE | TAK**\*** | NIE**\*** |
| jest podmiotem leczniczym, w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991, z późn. zm.), prowadzącym szpital, posiadającym zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie neonatologia – drugi lub trzeci poziom referencyjny  |   |   |
| jest podmiotem leczniczym, w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991, z póżn. zm.), prowadzący szpital, posiadającym zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie referencyjnym (KOC II/III) |   |   |
| spełnia minimalne wymagania lokalowe, określone w Programie, niezbędne do prowadzenia banku mleka kobiecego, na który składa się co najmniej pokój laktacyjny, laboratorium banku mleka kobiecego oraz pomieszczenie biurowo-administracyjne – pomieszczenia te są przygotowane do realizacji w nich czynności określonych w programie w sposób w nim opisany. |   |   |
| zapewnia odpowiedni personel do realizacji wszystkich etapów postępowania z mlekiem kobiecym, począwszy od kwalifikacji dawczyń, po udostępnienie mleka biorcom:* pracownika laboratoryjnego, posiadającego wiedzę i doświadczenie w zakresie obiegu mleka od dawczyni do biorcy oraz procesu pasteryzacji i badania mleka kobiecego,
* osoby odpowiedzialne za przeprowadzanie w banku mleka kobiecego kwalifikacji dawczyń, w tym lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii,
* osoby odpowiedzialne za koordynację współpracy z oddziałem neonatologii o II lub III stopniu referencyjności funkcjonującym w strukturze tego szpitala oraz w strukturze innych szpitali w zakresie udostępniania im na podstawie stosownych umów oraz zlecenia lekarskiego mleka przechowywanego w banku mleka kobiecego,
* osobę odpowiedzialną za prowadzenie banku mleka kobiecego.
 |   |   |
| zapewnia realizację wszystkich określonych w Programie etapów postępowania z mlekiem kobiecym zgodnie z warunkami i zasadami przyjętymi w Programie oraz posiada udokumentowany wewnętrzny system zarządzania jakością banku mleka kobiecego wraz z wchodzącymi w jego skład procedurami operacyjnymi. |   |   |
| zobowiązuje się, że będzie przestrzegał zasad postępowania z mlekiem kobiecym na każdym etapie od kwalifikacji dawczyni po udostępnienie mleka biorcy |   |   |
| posiada przynajmniej jedną zawartą umowę o współpracę w zakresie udostępniania mleka z banku mleka kobiecego z podmiotem leczniczym prowadzącym szpital posiadający oddział neonatologiczny o II i III stopniu referencyjności albo zawrze przynajmniej jedną taką umowę z takim podmiotem leczniczym niezwłocznie po utworzeniu banku mleka kobiecego (wykaz zawartych umów lub oświadczenia ww. podmiotów leczniczych potwierdzające zobowiązanie do zawarcia takiej umowy z oferentem po utworzeniu banku mleka kobiecego w załączeniu). |   |   |

\* wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

**Część III – OŚWIADCZENIA**

**Oświadczam, że:**

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert oraz z treścią programu polityki zdrowotnej pn. *Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" na lata 2022-2026* i oświadczam, że zadanie będzie realizowane zgodnie z ogłoszeniem oraz ww. programem,
2. dane zawarte w ofercie są prawdziwe,
3. przychody z działalności leczniczej z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (a0), uzyskane w poprzednim roku obrotowym w rozumieniu [ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych](https://www.inforlex.pl/dok/tresc%2CDZU.2022.343.0002561%2CUSTAWA-z-dnia-27-sierpnia-2004-r-o-swiadczeniach-opieki-zdrowotnej-finansowanych-ze-srodkow-publicznych.html) (Dz. U. z 2024 r. poz. 146) wyniosły: ………………………………………..…………… ,
4. przychody z działalności leczniczej z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków innych, niż określone dla symbolu a0 uzyskane w poprzednim roku obrotowym wyniosły: ………………………………………..…………… ,
5. [ ]  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 pkt 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 2022 r. poz. 2554, 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 pkt 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 2022 r. poz. 2554, z późn. zm.),

1. posiadam aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zawartą na okres ................................................................., termin opłacenia składki .................................................................. (w przypadku opłacania w ratach – informacja o opłaceniu raty),
2. 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 2022 r. poz. 902) 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 2022 r. poz. 902) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom,

1. nierozpoczęcie udzielania na zakupionym sprzęcie świadczeń zdrowotnych na podstawie kontraktu z publicznym płatnikiem, w terminie **do dnia 31 stycznia 2025 r.** będzie skutkowało koniecznością zwrotu całości otrzymanych z Ministerstwa Zdrowia środków finansowych na zakup danego sprzętu,
2. złożona za pomocą ePUAP oferta na realizację zadania stanowi oświadczenie woli Oferenta, zaś informacje zawarte w ofercie na realizację zadania oraz w dokumentach do niej załączonych, są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,
3. jestem świadomy skutków niezachowania wskazanej w ogłoszeniu formy komunikacji oraz zobowiązuje się do prowadzenia elektronicznej korespondencji za pośrednictwem ePUAP oraz poprzez e-mail, dotyczącej postępowania konkursowego oraz w przypadku wyboru na realizatora zadania, dalszej korespondencji dotyczącej zawarcia i realizacji umowy,
4. jestem świadomy, że oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia,
5. kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem.

\* właściwe zaznaczyć „X”

**Część IV – OFERTA REALIZACJI ZADANIA NA ROK 2024**

Wykaz sprzętu, który zamierza zakupić Oferent wraz z planem rzeczowo-finansowym

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj sprzętu | Liczba | Planowany koszt jednostkowy zakupu | Planowany koszt zakupu (K) - jeżeli to możliwe - cena jednostkowa x liczba sztuk | Przychody z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej uzyskane ze środków publicznych (a0) | Przychody z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej uzyskane ze środków innych niż zaliczone do ao (b0) | Ogółem przychody | Wkład własny\* | Wnioskowana kwota dofinansowania zakupu sprzętu (zgodnie z algorytmem)\* |
| Laktator elektryczny przeznaczony do użytku szpitalnego |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lodówka do przechowywania odciągniętego mleka w warunkach chłodniczych, zapewniająca całodzienną kontrolę temperatury |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pasteryzator mleka kobiecego z systemem rejestracji temperatury przez cały cykl |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wózek transportowy |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Loża/komora laminarna |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Analizator składu mleka wraz sonikatorem |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Chłodziarko-zamrażarki laboratoryjne i szafy mroźne z czujnikiem temperatury przeznaczone do przechowywania i schładzania preparatów laboratoryjnych |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zamrażarka szokowa |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Podgrzewacz do butelek/ strzykawek przeznaczonego do podgrzewania prób w suchej atmosferze przy zachowaniu wymaganych reżimów temperaturowych |  |  |  |  |  |  |  |  |
| System do znakowania próbek |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zmywarka z funkcją wyparzania |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uwagi: |  |  |

\* Wkład własny należy wskazać, gdy wartość sprzętu przewyższa kwotę 10 000 zł.

\*\*Algorytm został określony w art. 114 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, z późn. zm) – należy wskazać, gdy wartość sprzętu przewyższa kwotę 10 000 zł.

**Część V – INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

1. **Oświadczenia**
2. Wykaz podmiotów leczniczych prowadzących szpital posiadający oddział neonatologiczny o II i III stopniu referencyjności, z którymi zostały zawarte umowy o współpracę w zakresie udostępniania mleka z banku mleka kobiecego albo z którymi planowane jest zawarcie ww. umów wraz z oświadczeniem osób upoważnionych do ich reprezentowania potwierdzającym zobowiązanie do zawarcia takiej umowy po utworzeniu banku mleka kobiecego:
3. ………………………………………..……………,
4. ………………………………………..……………
5. ………………………………………..……………
6. ………………………………………..……………
7. Podmiot leczniczy, który reprezentuję udziela świadczeń w trybie hospitalizacji/ hospitalizacji planowej/hospitalizacji jednego dnia z zakresu:
* neonatologii II lub III poziom referencyjny

na podstawie kontraktu z NFZ: nr umów ………………………………………..……………

 ***(Uwaga! podać nr umowy)***

 lub

* koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie referencyjnym (KOC II/III),

na podstawie kontraktu z NFZ: nr umów ………………………………………..……………

 ***(Uwaga! podać nr umowy)***

1. **Informacja o zasobach Oferenta**

|  |
| --- |
| **Wymagany personel (należy wpisać wszystkie osoby mające zajmować się prowadzeniem banku mleka kobiecego)\*** |
| Imię i nazwisko | Tytuł lub stopień naukowy | Uzyskane specjalizacje oraz informacja o szkoleniach i kursach w zakresie neonatologii i laktacji | Doświadczenie w podmiocie leczniczym (określone w latach lub miesiącach) w postępowaniu z mlekiem kobiecym | Zakres czynności przewidzianych do realizacji w banku mleka kobiecego |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

\*Do tabeli należy dołączyć dodatkowo podpisane imieniem i nazwiskiem oświadczenia **każdej z osób wskazanej w tabeli,** o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych do celów przeprowadzenia konkursu zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE.L 119 z 4.05.2016, str. 1, Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2 oraz Dz. Urz. UE L 74 z 4.03.2021, str. 35), dalej zwanego „RODO”, przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz innymi przepisami szczególnymi regulującymi ochronę danych osobowych.

|  |
| --- |
| **Posiadany sprzęt (jeżeli dotyczy)** |
| Oferent posiada następujący sprzęt przeznaczony dla banku mleka kobiecego (wskazać posiadany sprzęt) |
| **Pokój laktacyjny** | Rodzaj sprzętu | Liczba | Data produkcji |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| **Laboratorium Banku Mleka Kobiecego** | Rodzaj sprzętu | Liczba | Data produkcji |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **Informacja o liczbie odebranych porodów w szpitalu Oferenta** |
| Rok | Liczba porodów ogółem |
| 2021 |   |
| 2022  |   |
| 2023 |   |

|  |
| --- |
| System zapewnienia jakości banku mleka kobiecego i wchodzących w jego skład procedur operacyjnych |
| Procedury operacyjne | załączono do Oferty |
| tak | nie |
| procedura operacyjna w zakresie kwalifikacji dawczyni |   |   |
| procedura operacyjna pobrania przez dawczynię lub odciągnięcie mleka |   |   |
| procedura operacyjna w zakresie przechowywania pobranego mleka w warunkach chłodniczych (również w trakcie ewentualnego transportu do podmiotu leczniczego) |   |   |
| procedura operacyjna odmrożenia w celu łączenia przygotowania partii mleka |   |   |
| procedura operacyjna pobrania próbki do badań z danej partii mleka |   |   |
| procedura operacyjna rozlania do butelek docelowych do pasteryzacji |   |   |
| procedura operacyjna pasteryzacji |   |   |
| procedura operacyjna ponownego zamrożenia |   |   |
| procedura operacyjna ponownego rozmrożenia |   |   |
| procedura operacyjna rozdzielenia na porcje przeznaczone dla biorcy zgodnie z jego indywidualnym zapotrzebowaniem, |   |   |
| procedura operacyjna udostępnienia biorcy (w tym również zwraca uwagę na odpowiedniewarunki transportu do innego podmiotu leczniczego). |   |   |

|  |
| --- |
| …………………………………………… |
| podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Oferenta |

**/dokument podpisany elektronicznie/**

1. W przypadku, jeżeli ofertę podpisuje osoba inna bądź są to osoby inne niż wskazane we właściwym dokumencie rejestrowym do reprezentacji Oferenta. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku przedsiębiorców będących osobami fizycznymi, oświadczenie o uzyskaniu wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo o dacie złożenia wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej zgodnie z treścią art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236). [↑](#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 2023 r. poz. 991, z późn. zm.), zaś w przypadku, o którym mowa w art. 104 tej ustawy, należy złożyć kopię zawiadomienia, o którym mowa w tym przepisie, uwierzytelniona przez osobę albo osoby uprawnione do reprezentacji Oferenta, radcę prawnego albo adwokata. [↑](#footnote-ref-3)