Załącznik nr 1 do ogłoszeniakonkursu na wybór realizatorów programu wieloletniego na lata 2023-2032 pn. ***Narodowy Program Transplantacyjny*** (dalej: „Program”), realizowanego na zasadach przewidzianych dla programu polityki zdrowotnej, w zakresie zadania:

**„Zakup sprzętu i aparatury” poprzez wyposażenie stanowisk pracy szpitalnych koordynatorów donacyjnych, zatrudnionych w szpitalach z najwyższą aktywnością donacyjną, w sprzęt telekomunikacyjny i/lub teleinformatyczny**

**Formularz Oferty**

Część I - Dane identyfikujące Oferenta

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa albo firma zgodna z właściwym rejestrem lub dokumentem założycielskim |  |
| Adres podmiotu wraz z kodem pocztowym |  |
| Numer telefonu  |  |
| Numer faksu |  |
| 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)** |  |
| Dane osoby odpowiedzialnej za udzielanie informacji w zakresie złożonej oferty | Imię i nazwisko |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| Numer KRS (DOKUMENT DOŁĄCZYĆ DO OFERTY) lub innego właściwego dokumentu rejestrowego potwierdzającego formę prawną 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 - Plan rzeczowo-finansowy wraz z harmonogramem realizacji zadania

Wykaz sprzętu, który zamierza zakupić Oferent w ramach przedmiotowego zadania\*:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa sprzętu  | Cena jednostkowa brutto w zł\*\* | Liczba sztuk | Koszt całkowity zakupu sprzętu całkowity zakupu sprzętu w zł(kolumna nr 3 x kolumna 4) | Wnioskowana kwota dofinansowania z Ministerstwa Zdrowia w zł | Czy Oferent jest w posiadaniu analogicznego sprzętu używanego przez szpitalnego koordynatora donacyjnego? | Uzasadnienie merytoryczne dla zakupu sprzętu, w tym jego wpływ na działalność jednostki | Liczba szpitalnych koordynatorów donacyjnych, którzy będą korzystali z danego sprzętu  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Łącznie | x |  |  |  |  |  |  |

\* można dodawać wiersze

\*\* cena jednostkowa każdej sztuki sprzętu **nie może być wyższa niż 10 tys. zł** brutto

**Zobowiązuję się dochować terminów poniższego harmonogramu:**

* + - * przekażę wniosek o uruchomienie dotacji na dofinansowanie zakupu sprzętu do 15.11.2024 r.
			* przekażę końcowe rozliczenie merytoryczno-finansowe z realizacji umowy i wydatkowania dotacji w 2024 r. wraz z oświadczeniami **do 15.01.2025 r.**
			* dokonam płatności dostawcy za zakupiony sprzęt **do 31.12.2024 r.**
			* uruchomię sprzęt **do 31.12.2024 r.**

Część III - Informacja dotycząca prowadzonej działalności

1. Aktywność Oferenta w poszczególnych latach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | rok |  |
| 2022 | 2023 | Łącznie |
| Liczba potencjalnych dawców zgłoszonych przez Oferenta |  |  |  |
| Liczba rzeczywistych dawców zgłoszonych przez Oferenta |  |  |  |
| Liczba dawców tkanek zgłoszonych przez Oferenta |  |  |  |

1. Czy Oferent jest w posiadaniu certyfikatu akredytacyjnego w zakresie szpitalnego systemu jakości dawstwa:

[ ]  TAK\*

[ ]  NIE\*

1. Czy Oferent wspiera narzędziami informatycznymi działania koordynatora dot. proaktywnej identyfikacji dawców??

[ ]  Oferent zapewnia koordynatorowi dostęp przez system informatyczny szpitala do informacji o wszystkich osobach leczonych i zmarłych w szpitalu\*

[ ]  Oferent zapewnia koordynatorowi dostęp przez system informatyczny szpitala do informacji o wszystkich osobach zmarłych\*

[ ]  Oferent nie zapewnia koordynatorowi dostępu przez system informatyczny szpitala do informacji o wszystkich osobach leczonych i zmarłych w szpitalu\*

1. Czy u Oferenta stworzono oznakowane stanowisko pracy przeznaczone dla koordynatora oraz czy koordynator jest wyposażony w mobilny telefon służbowy i ma dostęp do komputera i Internetu?

[ ]  U Oferenta utworzono oznakowane stanowisko pracy przeznaczone dla koordynatora oraz koordynatora jest wyposażony w mobilny telefon służbowy i ma dostęp do komputera i Internetu\*

[ ]  U Oferenta utworzono oznakowane stanowisko pracy przeznaczone dla koordynatora oraz koordynator ma dostęp do komputera i Internetu, ale nie jest wyposażony w mobilny telefon służbowy\*

[ ]  U Oferenta nie utworzono oznakowanego stanowiska pracy przeznaczonego dla koordynatora oraz koordynator nie jest wyposażony w mobilny telefon służbowy i nie ma dostępu do komputera i Internetu\*

1. Opis zasobów Oferenta (kadrowych, sprzętowych, infrastrukturalnych), zapewniających prawidłowe wykonanie zadań programu w zakresie objętym konkursem ofert (*w razie konieczności dodać wiersze*). **Opis powinien dotyczyć przede wszystkim** liczby zatrudnionych przez Oferenta koordynatorów oraz posiadanie (lub brak) analogicznego sprzętu teleinformatycznego, jaki stanowi przedmiot konkursu, oraz stopień jego zużycia.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Część IV - Oświadczenia

**Oświadczam, że:**

* 1. podmiot, który reprezentuję jest:

[ ]  jednostką sektora finansów publicznych\*

[ ]  jednostką niezaliczaną do sektora finansów publicznych\*;

* 1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert oraz treścią programu wieloletniego na lata 2023-2032 pn. *Narodowy Program Transplantacyjny*;
	2. zobowiązuję się do bieżącego zapoznawania się z informacjami na temat postępowania konkursowego, zamieszczanymi na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia;
	3. złożona oferta stanowi oświadczenie woli Oferenta; informacje zawarte w ofercie oraz w dokumentach do niej załączonych są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;
	4. [ ]  nie posiadam\* przychody z innych źródeł na realizację zadań tego samego rodzaju, co zadanie stanowiące przedmiot konkursu, uwzględniające również działalność spółek względem oferentów dominujących i zależnych w rozumieniu art. 4 pkt 14 i 15 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o ofercie publicznej i warunkach wprowadzania instrumentów finansowych do zorganizowanego systemu obrotu oraz o spółkach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 620)”

 [ ]  posiadam\* przychody z innych źródeł na realizację zadań tego samego rodzaju, co zadanie stanowiące przedmiot konkursu, uwzględniające również działalność spółek względem oferentów dominujących i zależnych w rozumieniu art. 4 pkt 14 i 15 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o ofercie publicznej i warunkach wprowadzania instrumentów finansowych do zorganizowanego systemu obrotu oraz o spółkach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 620) w kwocie ……… zł.”;

* 1. posiadam aktualną umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartą na okres (wypełnić)................. termin opłacenia składki (wypełnić)....................... (w przypadku opłacania w ratach – informacja o opłaceniu raty);
	2. informacje zawarte w ofercie:

[ ]  stanowią tajemnicę przedsiębiorcy\*

[ ]  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);

* 1. jestem świadomy skutków niezachowania wskazanej w ogłoszeniu formy komunikacji oraz zobowiązuje się do prowadzenia elektronicznej korespondencji za pośrednictwem ePUAP oraz e-mail dotyczącej postępowania konkursowego oraz w przypadku wyboru na realizatora zadania, dalszej korespondencji dotyczącej zawarcia i realizacji umowy;
	2. jestem świadomy, że oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia,
	3. sprzęt, wymieniony w Części II będzie kompatybilny z systemami informatycznymi wykorzystywanymi w podmiocie leczniczym Oferenta oraz umożliwili niezakłóconą pracę koordynatora poza siedzibą podmiotu leczniczego, w tym w zakresie zapewnienia dostępu przez system informatyczny szpitala do informacji o wszystkich osobach leczonych i zmarłych w szpitalu,
	4. w podmiocie, który reprezentuję:

[ ]  istnieje oznakowane stanowisko pracy przeznaczone dla koordynatora lub szpitalnego zespołu ds. donacji a koordynator lub przewodniczący zespołu ds. donacji jest wyposażony w mobilny telefon służbowy i ma dostęp do komputera i Internetu\*

[ ]  do 31 grudnia 2024 r. zostanie stworzone oznakowane stanowisko pracy przeznaczone dla koordynatora lub szpitalnego zespołu ds. donacji a koordynator lub przewodniczący zespołu ds. donacji będzie wyposażony w mobilny telefon służbowy i będzie miał dostęp do komputera i Internetu\*.

\*zaznaczyć krzyżykiem jedno właściwe pole poprzez dwukrotne kliknięcie w kwadrat, następnie w oknie „Opcje pola wyboru formularza” zaznaczyć odpowiednią „Wartość domyślną”

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

**/dokument podpisany elektronicznie/**

1. W przypadku jeżeli jest to osoba inna/ są to osoby inne/ niż wskazane we właściwym dokumencie rejestrowym do reprezentacji Oferenta. [↑](#footnote-ref-1)
2. - w przypadku przedsiębiorców, stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej: odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego, zawierającego dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, aktualnego na dzień sporządzania oferty,

- w przypadku przedsiębiorców będących osobami fizycznymi: oświadczenia o uzyskaniu wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo o dacie złożenia wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. [↑](#footnote-ref-2)
3. Numer księgi rejestrowej w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą albo kopię zawiadomienia o rozpoczęciu działalności leczniczej, uwierzytelnioną przez osobę albo osoby uprawnione do reprezentacji Oferenta, radcę prawnego albo adwokata będącego pełnomocnikiem Oferenta. [↑](#footnote-ref-3)