**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I**

***Zgłoszenie ofertowe***

do udziału w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych zadanie pn.: **Program oceny jakości życia i stanu zdrowia dzieci i młodzieży po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym** na lata 2019-2021:

|  |  |
| --- | --- |
| 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 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 |  |

**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 oceny jakości życia i stanu zdrowia dzieci i młodzieży po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym***” 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 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**

**PLAN RZECZOWO – FINANSOWY**

***Program oceny jakości życia i stanu zdrowia dzieci i młodzieży po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym* na lata 2019-2021,**

**(modyfikacja treści załączników jest niedozwolona)\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres świadczeń** | **2019** | **2020** | **2021** |
| Wykonanie pakietu badań specjalistycznych u dzieci po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym z powodu: | **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. | Białaczek i chłoniaków z napromienianiem OUN. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Białaczek i chłoniaków bez napromieniania OUN. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Chłoniaka Hodgkina. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Guzów litych  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  | - |  |  | - |  |  | - |  |

**\*uzupełnić puste miejsca**

 **Część IV**

**HARMONOGRAM**

**(modyfikacja treści załączników jest niedozwolona)\***

|  |
| --- |
| **Planowany okres realizacji działań:** |
| **Wykonanie pakietu badań specjalistycznych u dzieci po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym, w odniesieniu do następujących grup nowotworów (adekwatnie do badań zadeklarowanych w planie rzeczowo-finansowym):** |
| **Białaczki i chłoniaki z napromienianiem OUN:** |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |
| **Białaczki i chłoniaki bez napromieniania OUN:** |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |
| **Chłoniak Hodgkina:** |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |
| **Guzy lite**  |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |

\*uzupełnić puste miejsce

 **Część V**

**INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

***Program oceny jakości życia i stanu zdrowia dzieci i młodzieży po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym* na lata 2019-2021,**

**(modyfikacja treści załączników jest niedozwolona)\*/\*\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagania merytoryczne:** | **Opisać spełnienie wymagań:** |
| **1.** | Prowadzenie diagnozowania i leczenia dzieci z nowotworami: |  |
| **a)** | układu krwiotwórczego, | *□ tak/ □ nie\** |
| **b)** | układu chłonnego, | *□ tak/ □ nie \** |
| **c)** | nowotworami litymi, | *□ tak/ □ nie \** |
| **2.** | Planowanie zakresu wykonywanych badań oceniających zagrożenie dysfunkcją poszczególnych narządów oraz wykonywanie badań podstawowych, niezbędnych do oceny czynności narządów po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym. | *□ tak/ □ nie \** |
| **3.** | Posiadanie możliwości konsultacji pacjentów (w zależności od potrzeb i przewidywanych powikłań narządów) ze specjalistami w dziedzinach: endokrynologii, kardiologii, pulmonologii, nefrologii, immunologii, rehabilitacji, ortopedii, chirurgii, chirurgii twarzowo-szczękowej, neurochirurgii, stomatologii, okulistyki, laryngologii (w zależności od potrzeb i przewidywanych powikłań narządów) oraz zapewnienie koordynacji i wielodyscyplinarnej opieki medycznej. | *□ tak/ □ nie \** |
| **4.** | Posiadanie możliwości wykonania (w zależności od potrzeb i przewidywanych powikłań narządów) specjalistycznych badań: laboratoryjnych, hormonalnych, obrazowych oraz czynnościowych, oceniających funkcje poszczególnych narządów, w szczególności poza standardowymi badaniami. | *□ tak/ □ nie \** |
| **5.** | Ilość pacjentów do 18 r.ż. leczonych w ramach kontraktu z NFZ w latach 2014-2015: | *2014 r.* | *2015 r.* | *Łączna liczba leczonych w 2014 r. i 2015 r.* |
|  | - z ostrą białaczką bez napromieniania | *Wskazać liczbę……………\*\** | *Wskazać liczbę……………\*\** | *Wskazać liczbę……………\*\** |
|  | - z ostrą białaczką z napromienianiem | *Wskazać liczbę……………\*\** | *Wskazać liczbę……………\*\** | *Wskazać liczbę……………\*\** |
|  | - z guzami litymi | *Wskazać liczbę……………\*\** | *Wskazać liczbę……………\*\** | *Wskazać liczbę……………\*\** |
|  | - z Chłoniakiem Hodgkina | *Wskazać liczbę……………\*\** | *Wskazać liczbę……………\*\** | *Wskazać liczbę……………\*\** |
| **6.** | Doświadczenie w realizacji zadania NPZChN pn.: Program oceny jakości życia i stanu zdrowia dzieci i młodzieży po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym w latach 2016-2018 | *□ tak/ □ nie \** |
| **7.** | Dysponowanie kadrą lekarzy specjalistów zdolną do zapewnienia prawidłowego realizowania świadczeń zdrowotnych w zakresie hematologii i onkologii (zatrudnienie co najmniej dwóch lekarzy specjalistów z **dziedziny hematologii i onkologii dziecięcej**) – zgodnie ze stanem zatrudnienia na dzień sporządzenia oferty | *□ tak/ □ nie \*,**Jeśli tak wskazać liczbę zatrudnionych lekarzy specjalistów z dziedziny hematologii i onkologii dziecięcej…………………….\*\** |

\* właściwe zaznaczyć ,,X”

\*\*wypełnić pola wymagane

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 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-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)