**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE**

do udziału w zadaniu: **Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt - zakup sprzętu do pozyskiwania mleka kobiecego oraz jego przechowywania dla podmiotów leczniczych współpracujących z bankami mleka kobiecego**

|  |  |
| --- | --- |
| 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, prowadzącym szpital, posiadającym zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 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, prowadzącym szpital, posiadający 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) |  |  |
| Ma zawartą obowiązującą umowę o współpracy z bankiem mleka kobiecego w żywieniu hospitalizowanych dzieci mlekiem z banku mleka kobiecego |  |  |

\* wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

**Część III – OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz 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,
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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 146) wyniosły:

………………………………………..……………

1. przychody z działalności leczniczej z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków innych, niż określone dla symbolu a0 uzyskane w poprzednim roku obrotowym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wyniosły:

………………………………………..……………,

1. 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 pózn. 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,

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 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 dotyczące Oferenta zawarte w ofercie na realizację zadania oraz 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) - 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 | Wkład własny\* | Wnioskowana kwota dofinansowania zakupu sprzętu (zgodnie z algorytmem)\*\* |
| Laktator elektryczny przeznaczonych do użytku szpitalnego |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Lodówka do przechowywania odciągniętego mleka w warunkach chłodniczych, zapewniających całodzienną kontrolę temperatury |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Termotorby |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Przenośne lodówki |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Boksy termiczne |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 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 – należy wskazać, gdy wartość sprzętu przewyższa kwotę 10 000 zł.

**Część V – INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

1. **Oświadczenia**
2. Oświadczam, że prowadzę szpital, w strukturze którego funkcjonuje oddział neonatologiczny o II lub III stopniu referencyjności lub realizuję umowę na świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie referencyjnym (KOC II/III);
3. Oświadczam, że współpracuję z bankiem mleka kobiecego w żywieniu hospitalizowanych dzieci mlekiem z banku mleka;
4. W ofercie przedstawię pisemne uzasadnienie celowości zakupu, w tym informacje o:

* aktualnie posiadanym sprzęcie do pozyskiwania i przechowywania mleka kobiecego,
* zapotrzebowaniu na sprzęt do pozyskiwania mleka kobiecego oraz jego przechowywania z wyszczególnieniem jego liczby i rodzaju,

1. 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)***

**2. Umowa o współpracy z bankiem mleka kobiecego**

Posiadam umowę z dnia ….. z bankiem mleka kobiecego………..(wskazać nazwę podmiotu leczniczego).

Liczba dzieci żywionych mlekiem z banku mleka kobiecego (jeśli dotyczy):

1. w 2021 roku ….
2. w 2022 roku ….
3. w 2023 roku ….

**3. Zasoby Oferenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Posiadany sprzęt | |  |
| Rodzaj sprzętu | Liczba | Rok produkcji |
| Sprzęt do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego (laktator do użytku szpitalnego) |  |  |
| Lodówka do przechowywania odciągniętego mleka w warunkach chłodniczych, zapewniających całodzienną kontrolę temperatury |  |  |
| Termotorby |  |  |
| Przenośne lodówki |  |  |
| Boksy termiczne |  |  |

1. **Informacja o liczbie porodów**

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

1. **Uzasadnienie celowości zakupu:**

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

|  |
| --- |
| …………………………………………… |
| 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 pózn. zm.), 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, radcę prawnego albo adwokata. [↑](#footnote-ref-3)