**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE**do udziału w zadaniu pn. **„Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca” w 2021 r dla pneumonologii.**

|  |  |
| --- | --- |
| 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)** |  |
| Data i numer wpisu do KRS (DOKUMENT 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– WARUNKI PROGOWE**

Reprezentowana przeze mnie jednostka jest podmiotem leczniczym, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, który został zakwalifikowany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili onkologicznych lub posiada obowiązującą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na świadczenia w zakresie kompleksowej diagnostyki pacjentów z podejrzeniem nowotworów płuca (wykonywanie diagnostyki przy pomocy tomografii komputerowej, diagnostyki bronchoskopowej i badań patomorfologicznych realizowanych w jednostkach znajdujących się w strukturze organizacyjnej podmiotu) oraz spełnia warunki wymienione **co najmniej w jednym** z poniższych punktów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WARUNEK PROGOWY | TAK**\*** | NIE**\*** |
| Łączna liczba wykonanych zabiegów bronchoskopowych w latach 2017-2019 wynosi co najmniej 1500 |  |  |
| Łączna liczba wykonanych zabiegów EBUS-TBNA w latach 2017-2019 wynosi co najmniej 300 |  |  |

\* Wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

**Część III – OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia i oświadczam, że zadanie będzie realizowane zgodnie z ogłoszeniem,
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 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 2020 r. poz. 2080, 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 2020 r. poz. 2080, 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 2020 r. poz. 2176) 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 2020 r. poz. 2176) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom,

1. podmiot leczniczy, który reprezentuję nie będzie ubiegał się o dofinansowanie zakupu sprzętu w ramach konkursu na wybór realizatorów zadania pn. „Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca” w 2021 r dla torakochirurgii.
2. w przypadku wyłonienia podmiotu, który reprezentuję, na realizatora zadania pn. „Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca” w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, zakupiony sprzęt nie będzie stanowił przedmiotu dofinansowania w ramach środków europejskich,
3. podmiot leczniczy, który reprezentuję został zakwalifikowany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili onkologicznych lub posiada obowiązującą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na świadczenia w zakresie kompleksowej diagnostyki pacjentów z podejrzeniem nowotworów płuca.
4. 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,
5. 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,
6. 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,
7. jestem świadomy, że oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia,
8. kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem.

\*właściwe zaznaczyć

**Część IV – OFERTA REALIZACJI ZADANIA NA ROK 2021**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu\*** | **Liczba** | **Szacunkowa cena jednostkowa**  **w PLN\*\*** | **Całkowity koszt w PLN** | **Wnioskowana kwota na realizację przedmiotu konkursu w roku 2021\*\*\*** | **UWAGI** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |

\* Wpisać nazwę sprzętu spośród określonego w wykazie sprzętu z punktu II ogłoszenia konkursowego ,, II. ZAKRES FINANSOWANIA (WYDATKI MAJĄTKOWE)” - nie dopuszcza się używania nazw innych niż zamieszczone w wykazie. Należy zaznaczyć, że Oferent wybiera sprzęt spośród wskazanego w punkcie II ogłoszenia konkursowego z pozycji od 1 do 8, zgodnie ze swoimi potrzebami.

\*\*W ramach zadania dofinansowywany jest zakup sprzętu, którego cena jednostkowa za jedną sztukę jest **wyższa niż 10 000,00 zł.** Jednocześnie należy zaznaczyć, że szacunkowy koszt sprzętu powinien odzwierciedlać aktualne ceny rynkowe, a jego wysokość powinna być jak najbardziej zbliżona do docelowej ceny zakupu danego sprzętu

\*\*\*Oferent może ubiegać się o dofinansowanie w wysokości **maksymalnie** **1 500 000,00 zł.**

1. Miesięczny harmonogram (podać nazwy miesięcy)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Możliwy termin** | | | |
| **zakupu\*** | **dostawy\*** | **instalacji sprzętu\*\*** | **oddania sprzętu do użytku (rozumianego jako rozpoczęcie udzielania świadczeń)\*\*** |
|  |  |  |  |

\* **Uwaga!** Realizator zobowiązany będzie do złożenia do Ministerstwa Zdrowia, w terminie do dnia **26 listopada 2021 r.,** rozliczenia stanowiącego podstawę przekazania środków publicznych wraz z dokumentami wskazanymi w ogłoszeniu, a także do zapłaty za zakup sprzętu do dnia **31 grudnia 2021 r.,** wykonawcy wyłonionemu w drodze postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

\*\* Nie później niż do dnia **31 marca 2022 r.**

**Część V – I NFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Posiadanie infrastruktury do zainstalowania wnioskowanego sprzętu, pozwalającej na jego uruchomienie do dnia 31 marca 2022 r.** | **TAK** | **NIE** |
|  |  |
| **Udzielanie świadczeń w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie:** | **TAK** | **NIE** |
| Choroby płuc |  |  |
| na podstawie kontraktu z NFZ: nr umowy\*…………….. |
| **Przeprowadzanie (wypełnić odpowiedni wiersz – zgodny z zaznaczeniem w części II załącznika nr 1 ,,Warunki progowe”):** | **TAK** | **NIE** |
| Zabiegów bronchoskopowych (łącznie co najmniej 1500 zabiegów w latach 2017-2019) |  |  |
| Łączna liczba zabiegów bronchoskopowych w latach 2017-2019:…….. |
| Zabiegów EBUS-TBNA (łącznie co najmniej 300 zabiegów w latach 2017-2019) |  |  |
| Łączna liczba zabiegów EBUS-TBNA w latach 2017-2019:……. |
| **Dysponowanie kadrą lekarzy specjalistów zdolną do zapewnienia prawidłowego realizowania świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób płuc:** | **TAK** | **NIE** |
| zatrudnienie co najmniej trzech lekarzy specjalistów z dziedziny chorób płuc – zgodnie ze stanem zatrudnienia na dzień złożenia oferty |  |  |
| Liczba zatrudnionych lekarzy specjalistów z dziedziny chorób płuc:…………… |
| **Współczynnik surowy zachorowalności na raka płuca** | **Nazwa województwa** | **Współczynnik surowy** |
| Zachorowalność na raka płuca w województwie właściwym dla siedziby oferenta (współczynnik surowy) w 2018 r. | Wybierz element.\*\* | …………..\*\* |

\*podać numer umowy z NFZ na udzielanie świadczeń

\*\*wybrać nazwę województwa właściwego dla siedziby oferenta i wpisać współczynnik surowy zachorowalności przypisany do województwa z części VI załącznika nr I ,,Formularz oferty”

**Część VI – Współczynniki surowe zachorowalności na raka płuca w podziale na województwa w 2018 roku (na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku).**

|  |  |
| --- | --- |
| **Województwo** | **Współczynnik surowy** |
| Dolnośląskie | 67,91 |
| Kujawsko-Pomorskie | 76,64 |
| Lubelskie | 44,02 |
| Lubuskie | 45,01 |
| Łódzkie | 63,10 |
| Małopolskie | 45,79 |
| Mazowieckie | 41,93 |
| Opolskie | 56,58 |
| Podkarpackie | 41,90 |
| Podlaskie | 34,33 |
| Pomorskie | 68,51 |
| Śląskie | 58,63 |
| Świętokrzyskie | 61,07 |
| Warmińsko-Mazurskie | 70,01 |
| Wielkopolskie | 56,35 |
| Zachodniopomorskie | 61,83 |

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

**/dokument podpisany elektronicznie/**

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 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 2021 poz. 162, z późn. zm.). [↑](#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 2021 r. poz. 711, z późn. 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)