**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE**do udziału w zadaniu pn. **„****Doposażenie klinik i oddziałów hematoonkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków” – dla podmiotów udzielających świadczenia osobom dorosłym** w 2024 r.

|  |  |
| --- | --- |
| 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 (zgodnie z właściwym dokumentem rejestrowym) |  |
| Imię i nazwisko osoby / osób odpowiedzialnej za udzielanie informacji w zakresie złożonej oferty wraz z nr telefonu |  |
| Data i numer wpisu do KRS (aktualny odpis 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 [[1]](#footnote-1) |  |
| Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą[[2]](#footnote-2) |  |
| 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 jest podmiotem leczniczym, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991, z późn.zm.), który spełnia łącznie dwa niżej wymienione wymagania progowe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WYMAGANIA PROGOWE | TAK**\*** | NIE\* |
| 1. udziela świadczeń w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie hematologia na dzień opublikowania ogłoszenia konkursowego (należy podać numer umowy z NFZ). |  |  |
| nr umowy ……………… **(Uwaga! podać nr umowy)** | x |
| 1. dysponuje kadrą lekarzy specjalistów zdolną do zapewnienia prawidłowego realizowania świadczeń zdrowotnych w zakresie hematologii (na dzień opublikowania ogłoszenia konkursowego zatrudnienie co najmniej – równoważnik 2 etatów lekarzy specjalistów z dziedziny hematologii). |  |  |
| Liczba lekarzy:  ……………… | x |

\* 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 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, z późn. zm.) 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, z późn. zm.) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom,

1. przystępuję tylko do jednego postępowania konkursowego na wybór realizatorów zadania Narodowej Strategii Onkologicznej pn.: „Doposażenie klinik i oddziałów hematoonkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków” (dedykowanego dla ośrodków leczących dorosłych **albo** ośrodków leczących dzieci),
2. w przypadku wyłonienia podmiotu, który reprezentuję, na Realizatora zadania pn. „Doposażenie klinik i oddziałów hematoonkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków” **–** dla podmiotów udzielających świadczenia osobom dorosłym w 2024 r. w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, zakupiony sprzęt nie będzie stanowił przedmiotu dofinansowania w ramach środków europejskich w tym Krajowego Programu Odbudowy i Zwiększania Odporności lub Funduszu Medycznego,
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. 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,
5. jestem świadomy, że oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia,
6. kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem.

\* właściwe zaznaczyć „X”

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu\*\*** | **Liczba** | **Szacunkowa cena jednostkowa**  **w PLN\*\***  (w zaokrągleniu do pełnych złotych) | **Całkowity koszt w PLN**  (w zaokrągleniu do pełnych złotych) | **Wnioskowana kwota dotacji na realizację przedmiotu konkursu w 2024 r. \*\*\*\***  (w zaokrągleniu do pełnych złotych) | **Uzasadnienie potrzeb zakupu sprzętu i ewentualne uwagi** |
| 1. | Wybierz element. |  |  |  |  |  |
| 2. | Wybierz element. |  |  |  |
| 3. | Wybierz element. |  |  |  |
| 4. | Wybierz element. |  |  |  |
| 5. | Wybierz element. |  |  |  |
| 6. | Wybierz element. |  |  |  |
| 7. | Wybierz element. |  |  |  |
| 8. | Wybierz element. |  |  |  |
| 9. | Wybierz element. |  |  |  |
| 10. | Wybierz element. |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |

\* Wybrać nazwę sprzętu z listy rozwijalnej. Należy zaznaczyć, że Oferent wybiera sprzęt spośród wskazanego w punkcie I ogłoszenia konkursowego „I. OPIS PRZEDMIOTU KONKURSU” z pozycji od 1 do 10, zgodnie ze swoimi potrzebami.

\*\*W ramach zadania dofinansowywany jest zakup sprzętu, którego cena jednostkowa za jedną sztukę jest wyższa niż 10 000 zł brutto. 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.

\*\*\*Wnioskowana kwota to maksymalnie 2 000 000 zł.

1. Miesięczny harmonogram zakupu, dostawy i oddania sprzętu do użytku (rozumianego jako rozpoczęcie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – podać nazwy miesięcy)

|  |  |
| --- | --- |
| Możliwy termin | |
| Zakupu i dostawy\* | Oddania sprzętu do użytku (rozumianego jako rozpoczęcie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej)\*\* |
|  |  |

**Uwaga!**

\* do dnia **29 listopada 2024 r.**, należy złożyć rozliczenie stanowiące podstawę przekazania dotacji wraz z dokumentami wskazanymi w ogłoszeniu,

\*\* nie później niż do dnia **31 marca 2025 r.**

**Część V – INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

**Reprezentowana przeze mnie jednostka:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **prowadziła hospitalizacje związane z intensywnym leczeniem ostrych białaczek powyżej 17 r.ż.(grupa JGP S01) lub prowadziła hospitalizacje hematologiczne u dorosłych (rozliczane poprzez świadczenie o kodzie 5.08.05.0000170 z katalogu świadczeń podstawowych stanowiące załącznik nr 1e do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia) w rozpoznaniach ICD-10 z zakresu C77, C81-C96, D45- D47,D76.0 w 2023 r. - (liczba hospitalizacji w 2023 r. zostanie określona na podstawie indywidualnych numerów PESEL z danych, którymi dysponuje NFZ) – warunek obligatoryjny** | **TAK** | **NIE** |
|  |  |
| **realizuje programy lekowe dla chorych z rozpoznaniami nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego na dzień opublikowania ogłoszenia konkursowego – warunek fakultatywny** | **TAK** | **NIE** |
|  |  |
| na podstawie kontraktu z NFZ: nr umowy …..….. |
| **udziela w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej świadczeń w zakresie hematologii na dzień opublikowania ogłoszenia konkursowego – warunek fakultatywny** | **TAK** | **NIE** |
|  |  |
| na podstawie kontraktu z NFZ: nr umowy ……… |

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

**/dokument podpisany elektronicznie/**

1. 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 poz. 236, z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-1)
2. 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, kopia zawiadomienia, o którym mowa w tym przepisie, uwierzytelniona przez osobę albo osoby uprawnione do reprezentacji oferenta, radcę prawnego albo adwokata. [↑](#footnote-ref-2)