**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I**

***Zgłoszenie ofertowe***

do udziału w ***Program kontroli jakości opieki nad dziećmi chorymi na nowotwory ośrodkowego układu nerwowego***na lata 2019-2021:

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa oferenta |  |
| 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 kontroli jakości opieki nad dziećmi chorymi na nowotwory ośrodkowego układu nerwowego****” 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 na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej oraz chemioterapii w zakresie leczenia szpitalnego i/lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obowiązującej w dniu złożenia oferty w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej oraz chemioterapii w zakresie leczenia szpitalnego i/lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
	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; świadomości, iż 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 kontroli jakości opieki nad dziećmi chorymi na nowotwory ośrodkowego układu nerwowego* na lata 2019-2021,**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres świadczeń** | **2019** | **2020** | **2021** |
| 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.** | Centralna weryfikacja badań patomorfologicznych i immunofenotypu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | Badanie molekularne wybranych onkogenów |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** | Zakup przeciwciał do badań molekularnych |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** | Wykrywanie uznanych markerów biologicznych dla celów diagnostycznych i leczniczych, w tym: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **a)** | Odczynniki do izolacji DNA, |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **b)** | Sekwencjonowanie ogółem, |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **c)** | Sondy i odczynniki do MLPA, |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **d)** | Sondy i odczynniki do FISH, |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **e)** | Przeciwciała i odczynniki do immunohistochemii. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** | Weryfikacja przebiegu i sposobu leczenia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** | Organizacja sesji weryfikacyjnych dla patomorfologów, radiologów, pediatrów onkologów z ośrodków współpracujących (2 sesje w roku) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** | - | - | ….w zł | - | - | …w zł | - | - | … w zł |

 **Część IV**

**HARMONOGRAM**

|  |
| --- |
| **Planowany okres wykonywania świadczeń:** |
| **Centralna weryfikacja badań patomorfologicznych i immunofenotypu:** |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |
| **Badanie molekularne wybranych onkogenów:** |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |
| **Zakup przeciwciał do badań molekularnych:** |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |
| **Wykrywanie uznanych markerów biologicznych dla celów diagnostycznych i leczniczych:** |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |
| **Weryfikacja przebiegu i sposobu leczenia:** |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |
| **Organizacja sesji weryfikacyjnych dla patomorfologów, radiologów, pediatrów onkologów z ośrodków współpracujących:** |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |

 **Część V**

**INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

***Program kontroli jakości opieki nad dziećmi chorymi na nowotwory ośrodkowego układu nerwowego* na lata 2019-2021,**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagania merytoryczne:** | **Opisać spełnienie wymagań:** |
| **1.** | Posiadanie możliwości pełnej diagnostyki chorób ośrodkowego układu nerwowego u dzieci. | ❒ tak / ❒ nie \* |
| **2.** | Posiadanie odpowiednich warunków lokalowych: |  |
|  | - możliwość zapewnienia pełnego reżimu sanitarnego dla każdego chorego w okresie neutropenii, | ❒ tak / ❒ nie \* |
|  | - pomieszczenie z komorą laminarną do przygotowywania cytostatyków lub centralna apteka. | ❒ tak / ❒ nie \* |
| **3.** | Posiadanie wydzielonej części do leczenia w ramach dziennego pobytu (oddział dzienny). | ❒ tak / ❒ nie \* |
| **4.** | Prowadzenie przychodni przyklinicznej umożliwiającej zapewnienie ciągłości opieki nad leczonym dzieckiem. | ❒ tak / ❒ nie \* |
| **5.** | Posiadanie dostępu do pełnej, całodobowej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej oraz zabezpieczenia w preparaty krwiopochodne. | ❒ tak / ❒ nie \* |
| **6.** | Zapewniona pełna współpraca w zakresie neurochirurgii dziecięcej i innych specjalności przez całą dobę. | ❒ tak / ❒ nie \* |
| **7.** | Posiadanie możliwości ciągłej współpracy ze specjalistami w zakresie neurochirurgii, neurologii, endokrynologii, okulistyki, psychologii i rehabilitacji w procesie opieki nad ozdrowieńcami. | ❒ tak / ❒ nie \* |
| **8.** | Zatrudnianie kadry fachowej z doświadczeniem praktycznym w hematoonkologii dziecięcej, w tym co najmniej 2 lekarzy ze specjalizacją z onkologii i hematologii dziecięcej. | ❒ tak / ❒ nie \**Jeśli tak podać liczbę zatrudnianych lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej**...........* |
| **9.** | Zapewniona współpraca z neuropatologiem lub patologiem przeszkolonym w rozpoznawaniu nowotworów ośrodkowego układu nerwowego. | ❒ tak / ❒ nie \* |
| **10.** | Wykonywanie badań diagnostycznych niezbędnych do ustalenia rozpoznania i stratyfikacji pacjentów z nowotworami ośrodkowego układu nerwowego do odpowiednich grup ryzyka. | ❒ tak / ❒ nie \* |
| **11.** | Liczba przeprowadzonych badań u osób do 18 r.ż. w 2018 r. w tym: |  |
| **a)** | badań patomorfologicznych i immunofenotypu  | *Wskazać liczbę**.......* |
| **b)** | badanie molekularne  | *Wskazać liczbę* *.......* |
| **12.** | Doświadczenie w realizacji zadania NPZChN pn.: „Program kontroli jakości opieki nad dziećmi chorymi na nowotwory ośrodkowego układu nerwowego”, w latach 2016-2018 | ❒ tak / ❒ nie \* |

\* właściwe zaznaczyć „X”

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, dołączyć do oferty oświadczenie 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 zgodnie z treścią art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. poz. 646 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 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)