**Warszawa, dnia 1.08.2024 roku**

Na podstawie art. 48 ust. 1 i 5 oraz art. 48b ust.1 w zw. z ust.2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.z 2024 r. poz. 146) oraz § 11 ust. 6 zarządzenia z dnia 25 kwietnia 2018 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów polityki zdrowotnej oraz wyłaniania realizatorów innych programów realizowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz. Urz. MZ z 2018 r. poz. 30, z późn. zm.)

**MINISTER ZDROWIA**

**OGŁASZA UZUPEŁNIAJĄCY KONKURS OFERT**

**NA WYBÓR REALIZATORÓW RZĄDOWEGO PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026**

1. **OPIS PRZEDMIOTU KONKURSU**

Przedmiotem konkursu jest wybór realizatorów Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n. **„Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”  
z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026**(dalej jako „Program”) w zakresie leczenia pediatrycznego pacjentów zakażonych HIV*.*

**Głównym** celem Programu jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS, wydłużenie czasu życia pacjentów zakażonych, wydłużenie czasu wolnego od objawów choroby, poprawa jakości życia pacjentów poprzez zapewnienie leczenia antyretrowirusowego (ARV).

Program leczenia ARV jest programem terapii ambulatoryjnej, o ile nie zaistnieją wskazania medyczne do hospitalizacji, nie zawsze związane bezpośrednio z zakażeniem HIV. Wszystkie aktualnie zarejestrowane leki antyretrowirusowe dają możliwości prowadzenia terapii ARV zarówno w warunkach szpitalnych, jak i ambulatoryjnych.

**Cele szczegółowe:**

* zmniejszenie poziomu śmiertelności z powodu AIDS w populacji osób żyjących   
  z HIV w Polsce, leczonych ARV;
* zmniejszenie częstości zakażeń HIV w populacji osób przebywających na terytorium RP;
* obniżenie poziomu zakaźności u pacjentów w trakcie leczenia w ramach Programu (skuteczne leczenie ARV);
* utrzymanie niewykrywalnego poziomu wiremii u pacjentów objętych Programem;
* zwiększenie dostępności leków antyretrowirusowych pacjentów zakażonych HIV   
  w Polsce;
* wyeliminowanie zakażeń wertykalnych u dzieci urodzonych w grupie kobiet objętych farmakologiczną profilaktyką zakażeń wertykalnych z użyciem leków ARV;
* zapewnienie leków antyretrowirusowych niezbędnych w profilaktyce zakażeń wertykalnych (dziecka od matki) i prowadzenie indywidualnego kalendarza szczepień dla dzieci urodzonych przez matki HIV+; zakażenia wertykalne poniżej 1%;
* zapewnienie leków antyretrowirusowych na postępowanie poekspozycyjne   
  na zakażenie HIV pozazawodowe wypadkowe; zmniejszenie częstości zakażeń   
  po ekspozycji pozazawodowej wypadkowej;
* dążenie do osiągniecia celu: do 2025 roku 95% osób żyjących z HIV zostanie objętych opieką, 95% wszystkich osób z rozpoznanym zakażeniem rozpocznie leczenie. U 95% wszystkich osób objętych leczeniem ARV wystąpi obniżenie poziomu wiremii  
  do poziomu niewykrywalności.

**Elementami Programu finansowanymi z budżetu państwa są koszty zakupu:**

* Leków antyretrowirusowych - ARV,
* Testów do oznaczania poziomu wiremii HIV RNA,
* Testów do oznaczania profilu immunologicznego CD3/CD4/CD8,
* Testów do oznaczania oporności na leki ARV,
* Testów do oznaczania HLA B\*57,
* Testów do wykrywania zakażenia HIV u kobiet w ciąży – testy przesiewowe (profilaktyka zakażeń wertykalnych),
* Szczepionek dla dzieci urodzonych przez matki HIV+.

1. II. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY I TERMIN:
   1. Ofertę należy przygotować w jednym egzemplarzu, w formie pisemnej albo w formie elektronicznej pod rygorem nieważności, w języku polskim, w sposób czytelny.
   2. Ofertę składa się:

a) w formie pisemnej, należy składać w siedzibie Krajowego Centrum ds. AIDS   
na adres: Krajowe Centrum ds. AIDS, ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa,   
w zamkniętej kopercie albo w innym opakowaniu uniemożliwiającym zapoznanie się   
z jej zawartością z dopiskiem: „Konkurs na realizatora Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej Ministra Zdrowia p.n.: **„Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących   
z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026 *-* NIE OTWIERAĆ PRZED TERMINEM PIERWSZEGO POSIEDZENIA KOMISJI”**, opatrzonej danymi teleadresowymi(adres   
do korespondencji i adres e-mail),

b) w formie elektronicznej na elektroniczną skrzynkę podawczą Krajowego Centrum ds. AIDS (ePUAP) /wv1tw7e04g/skrytka, z podaniem tytułu: „Konkurs na realizatora Rządowego Programu Polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych   
w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026.

* 1. Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane i parafowane przez osoby uprawnione do reprezentowania oferenta lub osobę upoważnioną do sporządzenia   
     lub podpisania oferty.
  2. Jeżeli oferta jest podpisana przez osobę inną niż osoba uprawniona do reprezentowania Oferenta na podstawie wpisu do rejestru do **Załącznika nr 2,** należy dołączyć pełnomocnictwo wraz z wzorami podpisów osoby, której pełnomocnictwo zostało udzielone**.**
  3. **Oferty należy składać w nieprzekraczalnym terminie do dnia 19 sierpnia 2024 r.   
     do godz. 15.00.**
  4. **O zachowaniu terminu decyduje data i godzina wpływu oferty do siedziby Krajowego Centrum ds. AIDS lub na elektroniczną skrzynkę podawczą.**

**UWAGA:**

1. Przedłożona oferta powinna zawierać spis załączonych dokumentów.
2. Oferta powinna zawierać wyłącznie dokumenty posiadające atrybut wiarygodności.
3. Do oferty powinno być dołączone umocowanie do podpisania oferty, o ile nie wynika ono z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
4. Oferty niespełniające warunków formalnych, niekompletne, nieprawidłowo wypełnione lub zawierające błędne dane zostaną odrzucone, z zastrzeżeniem rozdziału VI pkt. 5 i 6.
5. Możliwość uzupełnienia braków formalnych następuje zgodnie z rozdziałem VI pkt. 5 i 6.
6. **LISTA WYMAGAŃ PROGOWYCH**

Oferentem/ Realizatorem[[1]](#footnote-1) zadania może zostać:

1. 1. podmiot leczniczy, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, który jednocześnie
2. 2. na dzień złożenia oferty spełnia przesłanki określone w ustawie z dnia 27 sierpnia   
   2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uprawniające do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych oraz warunki realizacji szczegółowo opisane poniżej w rozdziale IV wymagania formalne i w rozdziale V wymagania merytoryczne.

**IV. WYMAGANIA FORMALNE**

* + 1. Dane identyfikujące Oferenta zgodnie z formularzem stanowiącym **Załącznik   
        nr 1, do którego należy dołączyć:**
       1. w przypadku podmiotów, o których mowa w art. 104 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2024 poz. 799), kopię zawiadomienia, o którym mowa w tym przepisie, uwierzytelnioną przez osoby uprawnione   
          do reprezentowania oferenta, zgodnie z wzorami podpisów, zamieszczonymi   
          w tabeli stanowiącej **Załącznik nr 2**, radcę prawnego lub adwokata;
       2. w przypadku podmiotów, o których mowa w art. 36 i w art. 49 ustawy   
          z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (t.j. Dz.U. z 2024 poz. 979), wydruk z Centralnej Informacji Krajowego Rejestru Sądowego, o którym mowa w art. 4 ust. 4aa tej ustawy, zawierający dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzenia oferty.
    2. Oświadczenie Oferenta o posiadaniu aktualnej umowy odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z **Załącznikiem nr 3**.
    3. Oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, **oraz spełnieniu wymagań merytorycznych opisanych w ogłoszeniu** w rozdziale V,   
       zgodnie z **Załącznikiem nr 4**
    4. Oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV  
       w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026,zgodnie z **Załącznikiem nr 5.**
    5. Oświadczenie Oferenta o prawdziwości danych zawartych w ofercie, zgodnie   
       z **Załącznikiem nr 6**.
    6. Oświadczenie Oferenta o uzyskanych przychodach z innych źródeł lub oświadczenie   
       o braku przychodów z innych źródeł na realizację zadań będących przedmiotem 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 wprowadzania instrumentów finansowych do zorganizowanego systemu obrotu o spółkach publicznych   
       (t.j. [Dz.U. z 2024 poz. 620](https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20240000620)), zgodnie z **Załącznikiem nr 7**.
    7. Oferty niespełniające warunków formalnych podlegają odrzuceniu, z zastrzeżeniem rozdział VI pkt. 5 i 6.

**V. WYMAGANIA MERYTORYCZNE**

* + 1. Warunki, które powinien spełniać Oferent prowadzący leczenie dzieci (0-18lat) zakażonych HIV i chorych na AIDS:

1. Oddział pobytu dziennego (ambulatorium) - przychodnia wzbogacona o dział zabiegowy (możliwość pobierania krwi, pozajelitowego podawania leków, opracowania materiału biologicznego, wykonywania drobnych zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych itp.);
2. Oddział pobytu stacjonarnego (sale z pełnym węzłem sanitarnym), preferowana jest działalność lecznicza w zakresie stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitale;
3. Dział diagnostyki laboratoryjnej z możliwością badań serologicznych, bakteriologicznych, mykologicznych, parazytologicznych i histopatologicznych,
4. Dział diagnostyki endoskopowej - gastroduodenoskopia, bronchofiberoskopia, sigmoidoskopia itd., z możliwością histopatologicznego i mikrobiologicznego opracowania materiału;
5. Możliwość wykonania diagnostyki inwazyjnej: punkcja szpiku, punkcja lędźwiowa, punkcja opłucnowa, punkcja otrzewnowa, biopsja wątroby, biopsja węzłów chłonnych;
6. Dział diagnostyki radiologicznej. Realizowane świadczenia MR, TK, RTG uzależnione od specyfiki leczenia oraz zdiagnozowanej u pacjenta jednostki chorobowej.

Placówka ta powinna świadczyć usługi diagnostyczne i terapeutyczne na wysokim poziomie merytorycznym (personel lekarski przeszkolony do pracy z osobami żyjącymi   
z HIV przygotowany merytorycznie), tzn.:

* Wykazać co najmniej trzyletnie doświadczenie w pracy z osobami żyjącymi z HIV   
  i chorymi na AIDS (leczenie w ostatnich trzech latach min. 5 pacjentów w wieku   
  0 - 18 lat);
* Wykazać możliwość i gotowość do prowadzenia kompleksowej terapii antyretrowirusowej;
* Wykazać możliwość i gotowość do prowadzenia profilaktyki i leczenia zakażeń oportunistycznych;
* Prowadzić profilaktykę poekspozycyjną na zakażenie HIV;
* Posiadać możliwość współpracy z psychologiem, pracownikiem socjalnym, pedagogiem, pielęgniarką środowiskową oraz specjalistą w zakresie terapii uzależnień;
* Wykazać możliwość i gotowość zbierania danych niezbędnych do monitoringu   
  i ewaluacji Programu.
  + 1. W przypadku nowych Oferentów, którzy dotychczas nie byli realizatorami poprzednich edycji Programu dodatkowo:

1. Posiadać odpowiednią wiedzę merytoryczną - medyczną w pracy z osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS, czego potwierdzeniem powinna byćpisemna opinia Konsultanta krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych, potwierdzająca odpowiednie przygotowanie Oferenta do realizacji Programu w zakresie wymaganym dla realizatorów Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej wydana na podstawie art. 9 pkt. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach  
   w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 69)
   * 1. Opis sposobu realizacji zadania Programu, zawierający wykaz i zakres zadań projektowanych, zgodnie z **Załącznikiem nr 8.**
     2. Informację o prowadzonej działalności, zgodnie z **Załącznikiem nr 9.**
     3. Oświadczenie Oferenta o zastrzeżeniu informacji, zgodnie z **Załącznikiem nr 10.**

**VI. SPOSÓB DOKONANIA OCENY**

* + - 1. Weryfikacja ofert pod względem zachowania terminu złożenia oferty, określonego   
         w rozdziale II pkt. 5 niniejszego ogłoszenia:

- oferty złożone po upływie ww. terminu podlegają odrzuceniu, od którego   
nie przysługuje wniosek o przywrócenie terminu do złożenia oferty.

2. Ocena ofert pod względem spełnienia wymagań progowych, opisanych w rozdziale III:

- oferty niespełniające warunków progowych podlegają odrzuceniu.

1. Ocena ofert pod względem spełnienia wymagań formalnych, opisanych w rozdziale IV: - poprawność wypełnienia formularzy, weryfikacja podpisu osoby składającej ofertę, poprzez sprawdzenie czy oferta została podpisana przez osobę upoważnioną   
   do reprezentacji Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem) czy przez osobę działająca na podstawie udzielonego pełnomocnictwa.
2. Oferentowi przysługuje możliwość uzupełnienia braków formalnych w formie pisemnej lub elektronicznie w terminie 5 dni roboczych od dnia ukazania się listy ofert niespełniających warunków formalnych. Uzupełnienie składa się pisemnie   
   w zamkniętej kopercie z dopiskiem: „Uzupełnienie braków formalnych w konkursie ofert na wybór realizatorów Programup.n.: ***„Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022-2026”.* NIE OTWIERAĆ PRZED POSIEDZENIEM KOMISJI** na elektroniczną skrzynkę podawczą Krajowego Centrum ds. AIDS (ePUAP) /wv1tw7e04g/skrytka.
3. Złożenie uzupełnienia braków formalnych po upływie wskazanego w pkt. 4 terminu skutkuje odrzuceniem oferty. O zachowaniu terminu decyduje data wpływu uzupełnienia (pisemnie lub elektronicznie) do siedziby Krajowego Centrum ds. AIDS.
4. W przypadku wystąpienia niejasności w zakresie treści złożonej oferty, Oferent ma obowiązek udzielić wyjaśnień w zakresie treści oferty na pisemne żądanie Komisji Konkursowej i w terminie wskazanym przez Komisję Konkursową. Termin ten nie może być krótszy niż 3 dni robocze.
5. Oferty, które spełniają warunki progowe oraz formalne również te, w których braki formalne zostały uzupełnione prawidłowo podlegają dalszej ocenie pod względem merytorycznym. Oferty będą oceniane zgodnie z kryteriami oceny ofert, opisanymi   
   w rozdziale VII.

**VII. KRYTERIA OCENY OFERT:**

Złożone oferty będą rozpatrywane zgodnie z Zarządzeniem Ministra Zdrowia   
z dnia 25 kwietnia 2018 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów polityki zdrowotnej oraz wyłaniania realizatorów innych programów realizowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz. Urz. MZ z 2018 r. poz. 30   
z późn. zm.).

Udokumentowana możliwość realizacji zadań objętych Programem, w tym:

1. Minimalne zatrudnienie personelu gwarantującego właściwe wykonanie zadania-   
   **- 30 pkt;**
2. Możliwość wykonania lub zlecenia w innym ośrodku pełnej diagnostyki, o której mowa w Programie - **20 pkt**;
3. Doświadczenie w realizacji Programu polityki zdrowotnej leczenia antyretrowirusowego albo - w odniesieniu do nowych oferentów - opinia Krajowego konsultanta, o której mowaw rozdziale V pkt 2 - **30 pkt;**
4. Krótki opis sposobu realizacji zadania - **20 pkt.**

**Łącznie maksymalnie 100 pkt.**

**VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE:**

* + - 1. Niezwłocznie po upływie terminu składania ofert wyznaczone zostanie miejsce   
         i termin pierwszego posiedzenia Komisji, o którym każdy z Oferentów zostanie pisemnie poinformowany za pośrednictwem faksu albo poczty elektronicznej   
         na wskazany przez Oferenta numer faksu lub adres e-mail. W posiedzeniu będzie mógł uczestniczyć jeden przedstawiciel każdego z Oferentów.
      2. Zastrzega się możliwość przesunięcia przez Ministra Zdrowia terminu składania ofert lub terminu usunięcia braków formalnych, sprostowania ogłoszenia o konkursie ofert, odwołania lub unieważnienia konkursu ofert bez podania przyczyny. Informacja   
         o przesunięciu terminu składania ofert, terminie do usunięcia braków formalnych, będzie zamieszczana na tablicy ogłoszeń w siedzibach Krajowego Centrum ds. AIDS oraz na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.
      3. Listy ofert spełniających oraz niespełniających warunków formalnych, wraz   
         ze wskazaniem braków formalnych, zostaną zamieszczone na tablicach ogłoszeń   
         w siedzibach oraz na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia i Krajowego Centrum ds. AIDS oraz na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.
      4. Oferentowi przysługuje możliwość składania pytań do treści ogłoszenia, jednak   
         nie później niż na 2 dni robocze przed upływem terminu składania ofert. Wyjaśnienia   
         w zakresie treści ogłoszenia będą udzielane w formie pisemnej składającemu pytanie   
         na adres e-mail wskazany w zapytaniu, w terminie 2 dni roboczych.
      5. W przypadku niedotrzymania przez Oferenta terminu złożenia oferty nie przysługuje wniosek o przywrócenie terminu do złożenia oferty oraz podlega ona odrzuceniu.
      6. Oferent może wnieść do Komisji odwołanie, w formie pisemnej, w terminie 5 dni roboczych od dnia ogłoszenia o wynikach konkursu ofert. O zachowaniu terminu wniesienia odwołania decyduje dzień jego wpływu do Krajowego Centrum ds. AIDS.
      7. Po ogłoszeniu konkursu ofert nie dopuszcza się zmian kryteriów oceny ofert   
         ani wymagań zawartych w ogłoszeniu o konkursie ofert, z zastrzeżeniem zmian,   
         o którym mowa w pkt 2.
      8. Zakończenie konkursu ofert następuje w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o wynikach konkursu ofert, z zastrzeżeniem pkt.6.

**Załącznik nr 1** do Ogłoszenia o uzupełniającym konkursie ofert na wybór realizatorów Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026.

………………….., dnia……………….

(miejscowość i data)

………………………….

(pieczęć Oferenta)

**Dane identyfikujące Oferenta**

|  |  |
| --- | --- |
| **PEŁNA NAZWA ZGODNA Z WŁAŚCIWYM REJESTREM LUB DOKUMENTEM ZAŁOŻYCIELSKIM** |  |
| **ADRES SIEDZIBY** |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI (JEŚLI INNY NIŻ ADRES SIEDZIBY)** |  |
| **NUMER TELEFONU** |  |
| **NUMER FAKSU** |  |
| **ADRES E-MAIL** |  |
| **NAZWISKO I IMIĘ KIEROWNIKA PODMIOTU LECZNICZEGO** |  |
| **NUMER WPISU DO KRS** |  |
| **NUMER REGON** |  |
| **NUMER NIP** |  |
| **NUMER WPISU W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ** |  |

…….…………………  
 Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Oferenta

**Załącznik nr 2** do Ogłoszenia o uzupełniającym konkursie ofert na wybór realizatorów Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026.

**Wzory podpisów osób uprawnionych do reprezentowania Oferenta**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LLp.** | **Imię i nazwisko** | **Stanowisko** | **Wzór podpisu** | **Wzór parafy** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |

…………………….……...

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Oferenta

**Załącznik nr 3** do Ogłoszenia o uzupełniającym konkursie ofert na wybór realizatorów Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026.

………………….., dnia……………….

…………………………….

…………………………….

…………………………….

(pełna nazwa i adres Oferenta)

**Oświadczenie o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej**

Działając w imieniu ………………………..……………………………………., w związku   
z ofertą składaną w konkursie ofert na realizację Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych   
w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026 w zakresie zadania: …………………………………………………………………………………… oświadczam, że reprezentowany przez mnie podmiot posiada aktualną umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na okres od …………………… do ………………...…………… .………………………………………………………………………………………….……….

*(w przypadku jednostek opłacających składkę w ratach).*

Jednocześnie oświadczam, że składka za okres od …………………do ………………… została/zostanie opłacona w dniu/do dnia ………………………………………………………

…………………………….

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
do reprezentowania Oferenta

**Załącznik nr 4** do Ogłoszenia o uzupełniającym konkursie ofert na wybór realizatorów Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026.

………………….., dnia……………….

…………………………….

…………………………….

…………………………….

(pełna nazwa i adres Oferenta)

**Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert** **oraz spełnieniu wymagań merytorycznych opisanych w ogłoszeniu w rozdziale nr V**

Działając w imieniu ………………………………………………………..……., w związku   
z ofertą składaną w konkursie ofert na realizację Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych   
w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026 w zakresie zadania: ………………………………………………………………………………………………..… oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert,
2. spełniam wymagania merytoryczne opisane w rozdziale V ogłoszenia o konkursie.

…………………….…….

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Oferenta

**Załącznik nr 5** do Ogłoszenia o uzupełniającym konkursie ofert na wybór realizatorów Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026.

………………….., dnia……………….

…………………………….

…………………………….

…………………………….

(pełna nazwa i adres Oferenta)

**Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej**

Działając w imieniu ……………………………………..………………………., w związku   
z ofertą składaną w konkursie ofert na realizację Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej  
p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych   
w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026 w zakresie zadania:

………………………………………………………………………………………… oświadczam, że zapoznałem się z treścią Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026

.………………………….

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Oferenta

**Załącznik nr 6** do Ogłoszenia o uzupełniającym konkursie ofert na wybór realizatorów Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026.

………………….., dnia……………….

…………………………….

…………………………….

…………………………….

(pełna nazwa i adres Oferenta)

**Oświadczenie o prawdziwości danych zawartych w ofercie**

Działając w imieniu ………………………………………………………..……., w związku   
z ofertą składaną w konkursie ofert na realizację Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej  
p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych   
w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026 w zakresie zadania:

………………………………………………………………………………………………… oświadczam, że danezawarte w ofercie są prawdziwe*.*

…..………………………

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Oferenta

**Załącznik nr 7** do Ogłoszenia o uzupełniającym konkursie ofert na wybór realizatorów Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026.

………………….., dnia……………….

…………………………….

…………………………….

…………………………….

(pełna nazwa i adres Oferenta)

**Oświadczenie o przychodach**

Działając w imieniu …………………………………………………..…………., w związku   
z ofertą składaną w konkursie ofert na realizację Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej  
p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych   
w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026 w zakresie zadania:

…………………………………………………………………………………………...……… oświadczam, że reprezentowany przez mnie podmiot *uzyskał przychody/nie uzyskał* *przychodów\** z innych źródeł na realizację zadań będących przedmiotem konkursu, uwzględniając również działalność spółek dominujących lub zależnych w rozumieniu art. 4 pkt 14 i 15 z dnia 29 lipca 2005 r. o ofercie publicznej i warunkach wprowadzania instrumentów finansowych do zorganizowanego systemu obrotu oraz o spółkach publicznych   
(t.j. Dz. U z 2024 r. poz. 620).

………………………..….

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Oferenta

*\*niepotrzebne skreślić*

**Załącznik nr 8** do Ogłoszenia o uzupełniającym konkursie ofert na wybór realizatorów Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026.

………………….., dnia……………….

(miejscowość i data)

…………………………….

…………………………….

…………………………….

(pieczęć Oferenta)

**Opis sposobu realizacji zadania programu, zawierający wykaz i zakres zadań projektowanych w ramach realizacji programu** (maksymalnie 300 słów)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

…………………………….

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Oferenta

**Załącznik nr 9** do Ogłoszenia o uzupełniającym konkursie ofert na wybór realizatorów Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026.

**Informacja o prowadzonej działalności:**

1. Doświadczenie w realizacji zadań będących przedmiotem konkursu, w tym ewentualne doświadczenie w realizacji i monitorowaniu programów polityki zdrowotnej (maksymalnie   
300 słów ) wraz z listą realizowanych programów:

…………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….

Lista programów polityki zdrowotnej:

A……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

B.……………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………….………………

…………………………….

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Oferenta

**Załącznik nr 10** do Ogłoszenia o uzupełniającym konkursie ofert na wybór realizatorów Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych” na lata 2022 – 2026.

………………….., dnia……………….

………………………….

………………………….

………………………….

………………………….

(pełna nazwa i adres Oferenta)

**Oświadczenie o zastrzeżeniu informacji**

Oświadczam, że informacje zawarte w przedłożonych dokumentach w konkursie ofert na realizację Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych”

na lata 2022 – 2026 w zakresie: ………………………………………………………................................................................

………………………………………………………………………………………..…………..

stanowią tajemnicę przedsiębiorcy w rozumieniu art. 5 ust. 2 ustawy z dnia   
6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 902) i podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom.

……………….……………

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Oferenta

**Oświadczenie o braku zastrzeżenia informacji**

Oświadczam, że informacje zawarte w dokumentach złożonych w konkursie ofert   
na realizację Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej p.n.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce” z modułem „Leczenie DAA przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pacjentów osadzonych w zakładach penitencjarnych”

na lata 2022 – 2026 nie stanowią tajemnicy przedsiębiorcy w rozumieniu art. 5 ust. 2 ustawy  
z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 902) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom.

……………….……………

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Oferenta

1. Przez realizatora należy rozumieć podmiot, który został wyłoniony w postępowaniu konkursowym, zawarł umowę na realizację zadania oraz otrzymał środki publiczne na realizację zadania. [↑](#footnote-ref-1)