

FORMULARZ OFERTY**Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE**

do udziału w zadaniu: **Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez rozszerzenie sieci banków mleka kobiecego o województwa, w których banki mleka nie funkcjonują (województwo świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie).**

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 (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 (<u>aktualny wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego należy dołączyć do oferty</u>) wraz z nazwą i siedzibą sądu lub informacje o innym właściwym dokumencie rejestrowym potwierdzającym status prawny Oferenta ²	
Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ³	
Nazwa banku i numer konta bankowego Oferenta, na które mają zostać przekazane środki z tytułu realizacji zadania	

¹ W przypadku, jeżeli ofertę podpisuje osoba inna bądź są to osoby inne niż wskazane we właściwym dokumencie rejestrowym do reprezentacji Oferenta.

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).

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 późn. zm.), zaś w przypadku, o którym mowa w art. 104 tej ustawy, należy złożyć kopię zawiadomienia, o którym mowa w tym przepisie, uwierzytelioną przez osobę albo osoby uprawnione do reprezentacji Oferenta, radcę prawnego albo adwokata.

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 <i>działalności leczniczej</i> (Dz.U. z 2023 r. poz. 991, z późn. zm.), prowadzącym szpital, posiadającym zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia 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 <i>działalności leczniczej</i> (Dz.U. z 2023 r. poz. 991, z późn. zm.), prowadzący szpital, posiadającym 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)	[]	[]
spełnia minimalne wymagania lokalowe, określone w Programie, niezbędne do prowadzenia banku mleka kobiecego, na który składa się co najmniej pokój laktacyjny, laboratorium banku mleka kobiecego oraz pomieszczenie biurowo-administracyjne – pomieszczenia te są przygotowane do realizacji w nich czynności określonych w programie w sposób w nim opisany.	[]	[]
zapewnia odpowiedni personel do realizacji wszystkich etapów postępowania z mlekiem kobiecym, począwszy od kwalifikacji dawczyń, po udostępnienie mleka biorcom: <ul style="list-style-type: none"> - pracownika laboratoryjnego, posiadającego wiedzę i doświadczenie w zakresie obiegu mleka od dawczyni do biorcy oraz procesu pasteryzacji i badania mleka kobiecego, - osoby odpowiedzialne za przeprowadzanie w banku mleka kobiecego kwalifikacji dawczyń, w tym lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii, - osoby odpowiedzialne za koordynację współpracy z oddziałem neonatologii o II lub III stopniu referencyjności funkcjonującym w strukturze tego szpitala oraz w strukturze innych szpitali w zakresie udostępniania im na podstawie stosownych umów oraz zlecenia lekarskiego mleka przechowywanego w banku mleka kobiecego, - osobę odpowiedzialną za prowadzenie banku mleka kobiecego. 	[]	[]

zapewnia realizację wszystkich określonych w Programie etapów postępowania z mlekiem kobiecym zgodnie z warunkami i zasadami przyjętymi w Programie oraz posiada udokumentowany wewnętrzny system zarządzania jakością banku mleka kobiecego wraz z wchodzącymi w jego skład procedurami operacyjnymi.		
zobowiązuje się, że będzie przestrzegał zasad postępowania z mlekiem kobiecym na każdym etapie od kwalifikacji dawczyni po udostępnienie mleka biorcy		
posiada przynajmniej jedną zawartą umowę o współpracę w zakresie udostępniania mleka z banku mleka kobiecego z podmiotem leczniczym prowadzącym szpital posiadający oddział neonatologiczny o II i III stopniu referencyjności albo zawrze przynajmniej jedną taką umowę z takim podmiotem leczniczym niezwłocznie po utworzeniu banku mleka kobiecego (wykaz zawartych umów lub oświadczenia ww. podmiotów leczniczych potwierdzające zobowiązanie do zawarcia takiej umowy z oferentem po utworzeniu banku mleka kobiecego w załączeniu).		

* wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

Część III – OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

- a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert oraz z 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 oraz ww. programem,
- b) dane zawarte w ofercie są prawdziwe,
- c) 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: ,
- d) przychody z działalności leczniczej z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków innych, niż określone dla symbolu a0 uzyskane w poprzednim roku obrotowym wyniosły: ,
- e) 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.),
- f) posiadam aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zawartą na okres , termin opłacenia składki (w przypadku opłacania w ratach – informacja o opłaceniu raty),
- g) 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 (Dz. U. z 2022 r. poz. 902) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom,
- h) 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,

- i) złożona za pomocą ePUAP oferta na realizację zadania stanowi oświadczenie woli Oferenta, zaś informacje zawarte w ofercie na realizację zadania oraz w dokumentach do niej załączonych, są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,
- j) 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,
- k) jestem świadomy, że oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia,
- l) kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem.

* właściwie 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) - jeżeli to możliwe - 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 a0 (b0)	Ogółem przychody	Wkład własny*	Wnioskowana kwota dofinansowania zakupu sprzętu (zgodnie z algorytmem)*
Laktator elektryczny przeznaczony do użytku szpitalnego	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Lodówka do przechowywania odciągniętego mleka w warunkach chłodniczych, zapewniająca całodzienną kontrolę temperatury	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Pasteryzator mleka kobiecego z systemem rejestracji temperatury przez cały cykl	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Wózek transportowy	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Łoża/komora laminarna	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Analizator składu mleka wraz sonikatorem	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Chłodziarko-zamrażarki laboratoryjne i szafy mroźne z czujnikiem temperatury przeznaczone do przechowywania i schładzania preparatów laboratoryjnych	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Zamrażarka szokowa	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Podgrzewacz do butelek/strzykawek przeznaczony do podgrzewania prób w suchej atmosferze przy zachowaniu wymaganych reżimów temperaturowych	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
System do znakowania próbek	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]

Zmywarka z funkcją wyparzania	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, z późn. zm) – należy wskazać, gdy wartość sprzętu przewyższa kwotę 10 000 zł.

Część V – INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI

1. Oświadczenia

a) Wykaz podmiotów leczniczych prowadzących szpital posiadający oddział neonatologiczny o II i III stopniu referencyjności, z którymi zostały zawarte umowy o współpracę w zakresie udostępniania mleka z banku mleka kobiecego albo z którymi planowane jest zawarcie ww. umów wraz z oświadczeniem osób upoważnionych do ich reprezentowania potwierdzającym zobowiązanie do zawarcia takiej umowy po utworzeniu banku mleka kobiecego:

1. [.....]
2. [.....]
3. [.....]
4. [.....]

b) 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. Informacja o zasobach Oferenta

Wymagany personel (należy wpisać wszystkie osoby mające zajmować się prowadzeniem banku mleka kobiecego)*				
Imię i nazwisko	Tytuł lub stopień naukowy	Uzyskane specjalizacje oraz informacja o szkoleniach i kursach w zakresie neonatologii i laktacji	Doświadczenie w podmiocie leczniczym (określone w latach lub miesiącach) w postępowaniu z mlekiem kobiecym	Zakres czynności przewidzianych do realizacji w banku mleka kobiecego
[]	[]	[]	[]	[]

[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]

*Do tabeli należy dołączyć dodatkowo podpisane imieniem i nazwiskiem oświadczenia **każdej z osób wskazanej w tabeli**, o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych do celów przeprowadzenia konkursu zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1, Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2 oraz Dz. Urz. UE L 74 z 4.03.2021, str. 35), dalej zwanego „RODO”, przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz innymi przepisami szczególnymi regulującymi ochronę danych osobowych.

Posiadany sprzęt (jeżeli dotyczy)			
Oferent posiada następujący sprzęt przeznaczony dla banku mleka kobiecego (wskazać posiadany sprzęt)			
Pokój laktacyjny	Rodzaj sprzętu	Liczba	Data produkcji
[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]
Laboratorium Banku Mleka Kobiecego	Rodzaj sprzętu	Liczba	Data produkcji
[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]

Informacja o liczbie odebranych porodów w szpitalu Oferenta	
Rok	Liczba porodów ogółem

2021	[]
2022	[]
2023	[]

System zapewnienia jakości banku mleka kobiecego i wchodzących w jego skład procedur operacyjnych		
Procedury operacyjne	załączono do Oferty	
	tak	nie
procedura operacyjna w zakresie kwalifikacji dawczyni	[]	[]
procedura operacyjna pobrania przez dawczynię lub odciągnięcie mleka	[]	[]
procedura operacyjna w zakresie przechowywania pobranego mleka w warunkach chłodniczych (również w trakcie ewentualnego transportu do podmiotu leczniczego)	[]	[]
procedura operacyjna odmrożenia w celu łączenia przygotowania partii mleka	[]	[]
procedura operacyjna pobrania próbki do badań z danej partii mleka	[]	[]
procedura operacyjna rozlania do butelek docelowych do pasteryzacji	[]	[]
procedura operacyjna pasteryzacji	[]	[]
procedura operacyjna ponownego zamrożenia	[]	[]
procedura operacyjna ponownego rozmrożenia	[]	[]
procedura operacyjna rozdzielania na porcje przeznaczone dla biorcy zgodnie z jego indywidualnym zapotrzebowaniem,	[]	[]
procedura operacyjna udostępnienia biorcy (w tym również zwraca uwagę na odpowiednie warunki transportu do innego podmiotu leczniczego).	[]	[]

[.....]

podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Oferenta

/dokument podpisany elektronicznie/