**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE**do udziału w zadaniu pn. **„Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów – mammografy**” – wymiana mammografów cyfrowych 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 2024 r. poz. 799), który spełnia łącznie poniższe wymagania progowe:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Oferent:** | | **TAK\*** | **NIE\*** |
| a) | posiada mammograf cyfrowy / mammografy cyfrowe (zainstalowany/-e w pracowni stacjonarnej lub mobilnej) do wymiany, którego/-ych wiek, liczony od momentu rozpoczęcia udzielania za jego/ich pomocą świadczeń opieki zdrowotnej do dnia 31.12.2024 r., będzie wynosił co najmniej 10 lat (wg daty dziennej) |  |  |
| b) | posiada aktualną (obowiązującą w dniu złożenia oferty) umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację „Programu profilaktyki raka piersi” i udziela świadczeń w ramach tej umowy - wykonuje badania mammograficzne w etapie podstawowym (należy podać numer umowy z NFZ)\*\* |  |  |
| na podstawie kontraktu z NFZ:  nr umowy ……………… **(Uwaga! podać nr umowy)** |  |

\* wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

\*\*dane dotyczące numerów umów zostaną zweryfikowane z Narodowym Funduszem Zdrowia. **W** **przypadku rozbieżności pomiędzy oświadczeniem oferenta, a danymi Narodowego Funduszu Zdrowia – pod uwagę zostaną wzięte dane przedstawione przez Narodowy Fundusz Zdrowia.**

**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 2024 r. poz. 620),

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 2024 r. poz. 620),

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. podmiot leczniczy, który reprezentuję posiada stacjonarną lub mobilną pracownię mammografii, w której zostanie/-ą zainstalowany/-e mammograf cyfrowy / mammografy cyfrowe zakupiony/-e w ramach przedmiotowego zadania,
2. podmiot leczniczy, który reprezentuję posiada mammograf cyfrowy / mammografy cyfrowe zainstalowany/-e w pracowni stacjonarnej lub mobilnej dedykowany/-e do wymiany,
3. podmiot leczniczy, który reprezentuję posiada aktualną (obowiązującą w dniu złożenia oferty) umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację „Programu profilaktyki raka piersi” i udziela świadczeń w ramach tej umowy - wykonywanie badań mammograficznych w etapie podstawowym,
4. zakupiony sprzęt będzie wykorzystywany wyłącznie do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej przez realizatora z publicznym płatnikiem, w tym w zakresie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach „Programu profilaktyki raka piersi”
5. w terminie 45 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z płatnikiem publicznym za pomocą zakupionego mammografu cyfrowego / mammografów cyfrowych, wycofam z użytkowania - zutylizuję (za jego/ich pomocą nie będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej dla pacjentów również przez inne podmioty) sprzęt wskazany w ofercie konkursowej do wymiany,
6. w przypadku wyłonienia podmiotu, który reprezentuję, na Realizatora zadania pn. „Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów – mammografy” – wymiana mammografów cyfrowych w 2024 r. w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, zakupiony sprzęt nie będzie stanowił przedmiotu dofinansowania z innych środków niż środki zaplanowane na realizację Narodowej Strategii Onkologicznej, w tym ze środków europejskich lub Krajowego Programu Odbudowy i Zwiększania Odporności lub Funduszu Medycznego,
7. 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,
8. 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,
9. jestem świadomy, że oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia,
10. 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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa sprzętu | Liczba\* | Szacunkowa cena jednostkowa  w PLN | Wnioskowana kwota na realizację przedmiotu konkursu w roku 2024 (w zaokrągleniu do pełnych złotych) |
| Mammograf cyfrowy |  |  |  |
| Uwagi: |  | | |

\* Oferent może wnioskować o zakup maksymalnie 5 mammografów cyfrowych

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

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

**Uwaga!**

\* do dnia **9 grudnia 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**

1. **Informacja o infrastrukturze Oferenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Posiadanie w strukturach Oferenta:** | **TAK\*** | **NIE\*** |
| Stacjonarna pracownia mammografii, w której zostanie/-ą zainstalowany/-e mammograf cyfrowy / mammografy cyfrowe zakupiony/-e w ramach przedmiotowego zadania |  |  |
| Mobilna pracownia mammografii, w której zostanie/-ą zainstalowany/-e mammograf cyfrowy / mammografy cyfrowe zakupiony/-e w ramach przedmiotowego zadania |  |  |

\* wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Infrastruktura / posiadany sprzęt medyczny i aparatura (należy podać typ, nazwę wytwórcy i nr seryjny) | Liczba | Data rozpoczęcia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – data dzienna, odrębnie dla każdego mammografu | Uwagi |
| Mammograf cyfrowy |  |  |  |
| Mammograf ucyfrowiony |  |  |  |
| Mammograf analogowy |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mammograf cyfrowy / mammografy cyfrowe dedykowany/-e do wymiany** **zainstalowany/-e w pracowni stacjonarnej lub mobilnej** | | | |
| Nazwa (typ, nr seryjny) | Nazwa wytwórcy | Rodzaj pracowni: stacjonarna  lub mobilna (w przypadku stacjonarnej podać adres lokalizacji zainstalowania mammografu/mammografów) | Data rozpoczęcia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przy użyciu mammografu/mammografów  (dzień-miesiąc-rok)\* |
|  |  |  |  |
| Uwagi: |  | | |

\* zgodnie z opisem w części IV Ogłoszenia konkursowego „Wymagania progowe”

|  |
| --- |
| …………………………………………… |
| 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). [↑](#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 2024 r. poz. 799, 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)