

Załącznik nr 2 do Regulaminu

# **Wzór WNIOSku O DOFINANSOWANIE**

# **W RAMACH PROGRAMU INWESTYCYJNEGO DOTYCZĄCEGO WSPARCIA INFRASTRUKTURY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO[[1]](#footnote-2) W ZAKRESIE ZAKUPU AMBULANSÓW DLA ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO WRAZ Z DODATKOWYM WYPOSAŻENIEM ZE ŚRODKÓW SUBFUNDUSZU MODERNIZACJI PODMIOTÓW LECZNICZYCH WYODRĘBNIONEGO Z FUNDUSZU MEDYCZNEGO[[2]](#footnote-3)**

#

***Niniejszy dokument jest dokumentem poglądowym, w którym IOK wskazuje potencjalnym wnioskodawcom zakres danych niezbędnych do wypełnienia w interaktywnym formularzu Wniosku o dofinansowanie zamieszczonym na platformie POPI.***

1. **DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *1.* | *Nazwa (firma) wnioskodawcy*  | *dane zgodne z KRS* |
| *2.* | ***Adres wnioskodawcy (miejscowość, kod pocztowy, nazwa ulicy i numer budynku)*** | *dane zgodne z KRS* |
| *3.* | ***Adres ePUAP podmiotu*** | *adres skrytki ePUAP* |
| *4.* | ***Forma prawna*** | *forma prawna podmiotu* |
| *5.* | ***REGON/NIP*** | *nadany REGON i nadany NIP* |
| *6.* | ***Numer KRS/ CEIDG*** | *nadany numer w KRS/ CEIDG oraz informacja o Sądzie Rejonowym, który nadał KRS, Wydział…* |
| *7.* | ***Nazwa banku*** | *nazwa banku wnioskodawcy* |
| *8.* | ***Numer konta bankowego*** | *nr konta bankowego, na które będzie przekazywana dotacja celowa*  |
| *9.* | ***Osoba uprawniona do reprezentacji wnioskodawcy[[3]](#footnote-4)*** | *dane zgodne z KRS (imię i nazwisko, PESEL, numer telefonu, adres e-mail, pełniona funkcja)* |
| *10.* | ***Osoba wyznaczona do kontaktów merytorycznych*** | *imię i nazwisko, PESEL, numer telefonu, adres e-mail* |
| *11.* | ***Tytuł wniosku***  | *tytuł wniosku – zrozumiały i krótki, wskazujący na planowany efekt, ze wskazaniem zakresu wniosku o dofinansowanie*  |
| *12.* | ***Miejsce stacjonowania ambulansu***  | *miejscowość, kod pocztowy, nazwa ulicy, numer budynku, miejsce stacjonowania ambulansu*  |
| *13.* | ***Termin realizacji inwestycji*** | *planowany termin rozpoczęcia i zakończenia inwestycji w formacie: dzień/miesiąc/rok* |

1. **zasoby rzeczowe i kadrowe WNIOSKODAWCy**

**II.1. ZASOBY KADROWE WNIOSKODAWCY**

*Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie wnioskodawca na dzień ogłoszenia konkursu dysponuje zasobami kadrowymi posiadającymi wiedzę z zakresu prawidłowej realizacji i rozliczania projektów finansowanych ze środków publicznych oraz konieczną wiedzę specjalistyczną, doświadczenie i umiejętności niezbędne do realizacji inwestycji*

**Odpowiedzi: TAK/NIE**

**II.2. ZASOBY RZECZOWE WNIOSKODAWCY**

*Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie wnioskodawca na dzień ogłoszenia konkursu dysponuje niezbędnym potencjałem rzeczowym przeznaczonym do realizacji poszczególnych działań zaplanowanych w projekcie (np. sprzęt, materiały, niezbędne do realizacji inwestycji)*

**Odpowiedzi: TAK/NIE**

1. **Zakres INWESTYCJI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Zakres inwestycji* | *TAK/NIE* |
| *2.* | *Zakup ambulansu dla zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) zgodnych z normą PN:EN 1789* ***wraz z dodatkowym wyposażeniem***  |  |

*Należy wskazać rodzaj planowanego do zakupu dodatkowego wyposażenia ambulansu*

1. *Wideolaryngoskop*
2. *Urządzenie do bezpiecznego oczyszczania powietrza w karetce wbudowane w pojazd lub umożliwiające montaż w pojeździe*
3. *Urządzenie do przenoszenia pacjenta siedzącego o nośności co najmniej 170 kg z systemem trakcyjnym umożliwiającym zsuwanie pacjenta po schodach*
4. *Nosze z systemem elektrycznego wspomagania podnoszenia, opuszczania oraz załadunku noszy*

*Pole do uzupełnienia: do wyboru pola z listy urządzeń. Co najmniej jedno pole musi być zaznaczone. Można zaznaczyć kilka pól (urządzeń).*

1. **OPIS INWESTYCJI**

**IV.1. CEL GŁÓWNY I CELE SZCZEGÓŁOWE INWESTYCJI**

*Wykazać główne założenia inwestycji: charakter inwestycji, ramowy zakres prac zakupowych.*

*Opis nie może przekraczać 1000 znaków.*

|  |
| --- |
| *Celem inwestycji jest podniesienie dostępności i jakości świadczeń udzielanych przez zespoły ratownictwa medycznego.**Zakres prac obejmuje zakup ambulansu dla zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) spełniającego cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane (PN:EN 1789) wraz z dodatkowym wyposażeniem*  |

**IV.2. SPODZIEWANE KORZYŚCI Z REALIZACJI INWESTYCJI**

*Opis nie może przekraczać 1000 znaków.*

|  |
| --- |
| *Utrzymanie prawidłowego i efektywnego funkcjonowania systemu PRM, w którym podstawowym elementem są ZRM, udzielające pomocy bezpośrednio na miejscu zdarzenia.* Z*apewnienie kadrom medycznym niezawodnego, nowoczesnego sprzętu w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, zwłaszcza w przypadkach pomocy nagłej, gdy każda minuta czy zwłoka spowodowana nieprawidłowym, wadliwym działaniem lub awarią sprzętu wpływa realnie na rokowanie i stan pacjenta.**Zakup ambulansu wzmocni gotowość, podniesie jakość udzielanych usług przez ZRM i poprawi warunki pracy członków zespołu.* |

**IV.3. ZGODNOŚĆ INWESTYCJI Z CELAMI PROGRAMU INWESTYCYJNEGO PN. „PROGRAM INWESTYCYJNY MODERNIZACJI PODMIOTÓW LECZNICZYCH”**

*Oświadczam, że planowana inwestycja jest zgodna z celami programu inwestycyjnego pn. Program Inwestycyjny Modernizacji Podmiotów Leczniczych”.*

**Odpowiedzi: TAK/NIE**

1. **STRUKTURA KOSZTÓW INWESTYCJI**

**V.1. WARTOŚĆ KOSZTORYSOWA INWESTYCJI (WKI)**

*Wyliczyć Wartość Kosztorysową Inwestycji (WKI) zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu finansowania inwestycji z budżetu państwa (Dz. U. Nr 238, poz. 1579).*

*WKI określa się za pomocą wskaźników cenowych w układzie 7 grup kosztów, wyszczególnionych w § 6 ust. 2 ww. rozporządzenia.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | GRUPA KOSZTÓW | WARTOŚĆ w zł (brutto) |
| *1.* | *Wyposażenie (ambulans z wyposażeniem)* |  |
| RAZEM |  |

**V.2. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA INWESTYCJI**

*Wykazać wszystkie źródła finansowania inwestycji w złotych brutto w podziale na lata z wyodrębnieniem nakładów już poniesionych (zaokrąglonych do pełnych złotych).*

*Wyliczyć:*

* *WKI (kol. 3 w poniższej tabeli) - jako suma nakładów i wysokości finansowania poszczególnych źródeł finansowania. WKI (kol. 3 w poniższej tabeli) równa się wartości WKI wykazanej w punkcie V.1.*
* *Procentowy udział (%) (kol. 4 w poniższej tabeli) - jako udział danego źródła finansowania w WKI wyrażony w %; wynik zaokrąglić wg zasady matematycznej: „zaokrąglania do najbliższej wartości całkowitej”.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | RODZAJE ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA | 2024 | WKI(2) | Procent dofinansowania inwestycji (%) |
| *0* | *1* | *2* | *3* | *4* |
| *1.* | *Środki wnioskowane z dotacji celowej* |  |  |  |
| *2.* | *Środki własne* |  |  |  |
| *3.* | *Środki z innych źródeł, w tym:* |  |  |  |
| *3.1* | *Środki z Unii Europejskiej* |  |  |  |
| *3.2* | *Inne (wskazać jakie)* |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  | 100% |

1. **HARMONOGRAM REALIZACJI inwestycji**

*Oznaczyć poszczególne fazy realizacji inwestycji poprzez zaznaczenie kolorem komórek odpowiadającym kwartałom realizacji danej fazy inwestycji.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Fazy** | **2024** |
| **1Q** | **2Q** | **3Q** | **4Q** |
| *1.* | *Prace przygotowawcze, w tym przygotowanie dokumentacji przetargowej* |  |  |  |  |
| *2.* | *Zakup ambulansu*  |  |  |  |  |
| *3.* | *Dostawa ambulansu*  |  |  |  |  |

1. **DANE O PLANOWANYM OKRESIE ZAGOSPODAROWANIA SKŁADNIKÓW MAJĄTKOWYCH PO ZAKOŃCZENIU REALIZACJI INWESTYCJI**

*Opis nie może przekraczać 1000 znaków.*

|  |
| --- |
| *Zakupiony ambulans będzie wykorzystywany przez okres co najmniej 5 lat liczonych od daty oddania go do użytku, na potrzeby zespołów ratownictwa medycznego wyłącznie do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobom uprawnionym do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), w tym osobom, o których mowa w art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2023 r. poz. 103, z późn. zm.), lub osobom uprawnionym na podstawie umów międzynarodowych.* |

1. **INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY SPEŁNIENIA KRYTERIÓW formalnych**

**IX. A. Podmiot uprawniony do złożenia wniosku**

*Oświadczam, że reprezentowany przeze mnie wnioskodawca na dzień ogłoszenia konkursu:*

1. *jest podmiotem leczniczym w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.), prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo jednostki budżetowej, albo spółki kapitałowej, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego*

**Odpowiedzi: TAK/NIE**

1. *posiada umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rodzaju ratownictwo medyczne zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia wykonywaną w dniu ogłoszenia konkursu lub umowę podwykonawstwa/ współrealizatorstwa do ww. umowy i udziela świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne*

**Odpowiedzi: TAK/NIE**

1. *jest dysponentem zespołu ratownictwa medycznego, o którym mowa w art. 3 pkt 1 w zw. z pkt. 10 oraz art. 32 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym ujętego w obowiązującym Wojewódzkim Planie Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, o którym mowa w art. 21 ust. 1 tej ustawy z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego*

**Odpowiedzi: TAK/NIE**

**IX. B. Zgodność wniosku o dofinansowanie z Regulaminem konkursu**

*Oświadczam, że reprezentowany podmiot planuje realizację inwestycji w zakresie zakupu ambulansu dla zespołów ratownictwa medycznego wraz z dodatkowym wyposażeniem, zgodnie z założeniami Regulaminu konkursu*

**Odpowiedzi: TAK/NIE**

**IX. C. Wiek i przebieg ambulansu podlegającego wymianie**

*Oświadczam, że wymianie podlega ambulans starszy niż 5 lat (rok produkcji 2017 i starszy) i posiadający przebieg co najmniej 250 tys. km i na dzień ogłoszenia konkursu jest wykazany w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rodzaju ratownictwo medyczne zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia* *wykonywanej w dniu ogłoszenia konkursu oraz w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowe Ratownictwo Medyczne (SWD PRM)**jako pojazd główny*

**Odpowiedzi: TAK/NIE**

1. **D. Tytuł prawny do ambulansu, który jest wskazany we wniosku o dofinansowanie, pozwalający na dokonywanie samodzielnego rozporządzania nim), eksploatowanego dłużej niż 5 lat (rok produkcji 2017 i starsze) i posiadającego przebieg co najmniej 250 tys. km., który został wykazany w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia wykonywanej w dniu ogłoszenia konkursu oraz w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego jako pojazd główny. Przy czym posiadanie tytułu prawnego jest rozpatrywane w kategorii prawa własności albo pełnego i swobodnego dysponowania ambulansem w ramach posiadania samoistnego, nieograniczonego prawami osób trzecich lub w ramach umów z zakresu zobowiązań, według stanu na dzień ogłoszenia konkursu.**

*Oświadczam, że wnioskodawca posiada tytuł prawny do ambulansu, który jest wskazany we wniosku o dofinansowanie, pozwalający na dokonywanie samodzielnego rozporządzania nim), eksploatowanego dłużej niż 5 lat (rok produkcji 2017 i starsze) i posiadającego przebieg co najmniej 250 tys. km., który został wykazany w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia wykonywanej w dniu ogłoszenia konkursu oraz w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego jako pojazd główny. Przy czym posiadanie tytułu prawnego jest rozpatrywane w kategorii prawa własności albo pełnego i swobodnego dysponowania ambulansem w ramach posiadania samoistnego, nieograniczonego prawami osób trzecich lub w ramach umów z zakresu zobowiązań, według stanu na dzień ogłoszenia konkursu.*

**Odpowiedzi: TAK/NIE**

1. **Informacje niezbędne do oceny spełnienia kryteriów merytorycznych**

|  |
| --- |
| X. 1. Wiek ambulansu podlegającego wymianie*Oświadczam, że rok produkcji planowanego do wymiany ambulansu to rok:* 1. *2017*
2. *2016*
3. *2015*
4. *2014*
5. *2013*
6. *2012*
7. *2011*
8. *2010 i niżej*

Pole do uzupełnienia: *do wyboru pozycja z listy rozwijalnej.*X. 2. Przebieg ambulansu podlegającego wymianie*Oświadczam, że przebieg planowanego do wymiany ambulansu to:*1. *250 000 -275 000*
2. *275 001 – 300 000*
3. *300 001 – 325 000*
4. *325 001 – 350 000*
5. *350 001 i więcej*

Pole do uzupełnienia: *do wyboru pozycja z listy rozwijalnej.*X. 3. *W ramach wniosku Wnioskodawca zakupi dodatkowe wyposażenie niezbędne do zapewnienia wysokiej jakości i bezpieczeństwa świadczeń* zdrowotnych stanowiące wyłącznie wyposażenie ambulansu*Oświadczam, że w ramach wniosku zakupione zostanie dodatkowe wyposażenie ambulansu* *niezbędne do zapewnienia wysokiej jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych stanowiące wyłącznie wyposażenie ambulansu w postaci:* 1. *wideolaryngoskopu*
2. *Urządzenia do bezpiecznego oczyszczania powietrza w karetce wbudowanego w pojazd lub umożliwiającego montaż w pojeździe*
3. *Urządzenia do przenoszenia pacjenta siedzącego o nośności co najmniej 170 kg z systemem trakcyjnym umożliwiającym zsuwanie pacjenta po schodach*
4. *Noszy z systemem elektrycznego wspomagania podnoszenia, opuszczania oraz załadunku noszy*

Pole do uzupełnienia: *do wyboru pola z listy urządzeń. Co najmniej jedno pole musi być zaznaczone. Można zaznaczyć kilka pól (urządzeń).**Punkty sumują się**W ramach wniosku Wnioskodawca zakupi co najmniej jedno dodatkowe urządzenie stanowiące wyposażenie ambulansu niezbędne do zapewnienia wysokiej jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych..* |

1. **OŚWIADCZENIA I PODPIS WNIOSKODAWCY**
2. ***Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem konkursu*** ***nr FM-SMPL.02.ZRM.2023 na wybór wniosków o dofinansowanie*** ***w ramach programu inwestycyjne dotyczącego wsparcia infrastruktury ratownictwa medycznego w zakresie zakupu ambulansów dla zespołów ratownictwa medycznego wraz z dodatkowym wyposażeniem ze środków Subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych wyodrębnionego z Funduszu Medycznego.***
3. ***Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku o dofinansowanie są zgodne ze stanem faktycznym, kompletne oraz prawdziwe.***

|  |  |
| --- | --- |
| *Imię i nazwisko przedstawiciela Wnioskodawcy* | *Podpis Wnioskodawcy[[4]](#footnote-5) / podpisano elektronicznie* |

***Załączniki do wzoru wniosku o dofinansowanie:***

* *Załącznik nr 1 – Pełnomocnictwo dla osoby reprezentującej wnioskodawcę, które ma formę dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, w przypadku, gdy umocowanie do reprezentowania wnioskodawcy nie wynika z informacji zawartej w Krajowym Rejestrze Sądowym (KRS) (jeżeli dotyczy);*
1. *Na podstawie uchwały nr 173 Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2022 r. ustanawiającej program inwestycyjny pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych” (M.P z 2022 poz. 908).* [↑](#footnote-ref-2)
2. *Na mocy ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875, z późn. zm.).* [↑](#footnote-ref-3)
3. *W przypadku, gdy umocowanie do reprezentowania wnioskodawcy nie wynika z informacji zawartej w Krajowym Rejestrze Sądowym (KRS) do wniosku o dofinansowanie należy dołączyć pełnomocnictwo, które ma formę dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym.* [↑](#footnote-ref-4)
4. *Dokument opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym.* [↑](#footnote-ref-5)