Załącznik nr 1 do ogłoszeniakonkursu na wybór realizatorów programu wieloletniego na lata 2023-2032 pn. ***Narodowy Program Transplantacyjny*** (dalej: „Program”), realizowanego na zasadach przewidzianych dla programu polityki zdrowotnej, w zakresie zadania:

**„Zakup sprzętu i aparatury” poprzez** **zakup sprzętu i aparatury dla ośrodków przeszczepiających nerki z największą aktywnością transplantacyjną**

**Formularz Oferty**

Część I - Dane identyfikujące Oferenta

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa albo firma zgodna z właściwym rejestrem lub dokumentem założycielskim |  | |
| Adres podmiotu wraz z kodem pocztowym |  | |
| Numer telefonu |  | |
| Numer faksu |  | |
| 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)** |  | |
| Dane osoby odpowiedzialnej za udzielanie informacji w zakresie złożonej oferty | Imię i nazwisko |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| Numer KRS (DOKUMENT DOŁĄCZYĆ DO OFERTY) lub innego właściwego dokumentu rejestrowego potwierdzającego formę prawną Oferenta[[2]](#footnote-2) |  | |
| Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą[[3]](#footnote-3) |  | |
| Nazwa banku i numer konta bankowego Oferenta, na które mają zostać przekazane środki z tytułu realizacji zadania |  | |

Część II - Plan rzeczowo-finansowy wraz z harmonogramem realizacji zadania

Wykaz sprzętu, który zamierza zakupić Oferent w ramach przedmiotowego zadania\*:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa sprzętu | Cena jednostkowa brutto w zł\*\* | Liczba sztuk | Koszt całkowity zakupu sprzętu całkowity zakupu sprzętu w zł  (kolumna nr 3 \* kolumna 4) | Wnioskowana kwota dofinansowania z Ministerstwa Zdrowia w zł\*\*\* | Uzasadnienie merytoryczne dla zakupu sprzętu, w tym jego wpływ na działalność jednostki |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Łącznie | | x |  |  |  |  |

\* można dodawać wiersze

\*\* cena jednostkowa każdej sztuki sprzętu musi być wyższa niż 10 tys. zł brutto

\*\*\* maksymalna łączna kwota środków publicznych, jakie mogą zostać przyznane Oferentowi na realizację zadania to 2 mln zł

**Zobowiązuję się dochować terminów poniższego harmonogramu:**

* + - * przekażę rozliczenie stanowiącego podstawę przekazania środków publicznych   
        w związku z zakupionym sprzętem **do 10.12.2024 r.**
      * dokonam płatności dostawcy za zakupiony sprzęt **do 31.12.2024 r.**
      * uruchomię sprzęt **do 31.12.2024 r.**

Część III - Informacja dotycząca prowadzonej działalności

1. Aktywność Oferenta w poszczególnych latach:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | rok | | |  |
| 2021 | 2022 | 2023 | Łącznie |
| Liczba przeszczepień nerek wykonanych przez Oferenta |  |  |  |  |
| Liczba nowo zakwalifikowanych biorców nerek wpisanych przez Oferenta na Krajową Listę Oczekujących |  |  |  |  |
| Liczba przeszczepień wielonarządowych (nerka wraz z innym narządem) wykonanych przez Oferenta |  |  |  |  |
| Liczba przeszczepień nerki na rzecz biorców pediatrycznych wykonanych przez Oferenta |  |  |  |  |
| Liczba przeszczepień nerek pobranych od żywego dawcy wykonanych przez Oferenta |  |  |  |  |

1. Opis zasobów Oferenta (kadrowych, sprzętowych, infrastrukturalnych), zapewniających prawidłowe wykonanie zadań programu w zakresie objętym konkursem ofert (*w razie konieczności dodać wiersze*).

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

Część IV - Oświadczenia

**Oświadczam, że:**

* 1. podmiot, który reprezentuję jest:

jednostką sektora finansów publicznych\*

jednostką niezaliczaną do sektora finansów publicznych\*;

* 1. podmiot, który reprezentuję posiada pozwolenia Ministra Zdrowia, o którym mowa ustawie o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w zakresie pobierania nerek od żywych dawców i/lub przechowywania i przeszczepienia nerek (wypełnić): nr.................., data wydania………………, data wygaśnięcia ……………….…….
  2. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert oraz treścią programu wieloletniego na lata 2023-2032 pn. *Narodowy Program Transplantacyjny*;
  3. zobowiązuję się do bieżącego zapoznawania się z informacjami na temat postępowania konkursowego, zamieszczanymi na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia;
  4. złożona oferta stanowi oświadczenie woli Oferenta; informacje zawarte w ofercie oraz w dokumentach do niej załączonych są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;
  5. nie posiadam\* przychody z innych źródeł na realizację zadań tego samego rodzaju, co zadanie stanowiące przedmiot konkursu, uwzględniające również działalność spółek względem oferentów dominujących i 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 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 oferentów dominujących i 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 oraz o spółkach publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2554, z późn. zm.) w kwocie ……… zł.”;

* 1. posiadam aktualną umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartą na okres (wypełnić)................. termin opłacenia składki (wypełnić)....................... (w przypadku opłacania w ratach – informacja o opłaceniu raty);
  2. informacje zawarte w ofercie:

stanowią tajemnicę przedsiębiorcy\*

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);

* 1. 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;
  2. jestem świadomy, że oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia.

\*zaznaczyć krzyżykiem jedno właściwe pole poprzez dwukrotne kliknięcie w kwadrat, następnie w oknie „Opcje pola wyboru formularza” zaznaczyć odpowiednią „Wartość domyślną”

|  |
| --- |
| …………………………………………… |
| podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Oferenta |

**/dokument podpisany elektronicznie/**

1. W przypadku jeżeli jest to osoba inna/ są to osoby inne/ niż wskazane we właściwym dokumencie rejestrowym do reprezentacji Oferenta. [↑](#footnote-ref-1)
2. - w przypadku przedsiębiorców, stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej: odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego, zawierającego dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, aktualnego na dzień sporządzania oferty,

   - w przypadku przedsiębiorców będących osobami fizycznymi: oświadczenia 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. [↑](#footnote-ref-2)
3. Numer księgi rejestrowej w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą albo kopię zawiadomienia o rozpoczęciu działalności leczniczej, uwierzytelnioną przez osobę albo osoby uprawnione do reprezentacji Oferenta, radcę prawnego albo adwokata będącego pełnomocnikiem Oferenta. [↑](#footnote-ref-3)