**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I - *ZGŁOSZENIE OFERTOWE*** do udziału w zadaniu pn. Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów – mammografy – edycja II w 2020 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 |   |
| Imię i nazwisko osoby składającej / osób składających ofertę**[[1]](#footnote-1)** |   |
| Data i numer wpisu do KRS (dokument dołączyć do oferty)wraz z nazwą i siedzibą sądu lub informacje o innym właściwym dokumencie rejestrowym potwierdzającym status prawny 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 – *Warunki Progowe***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oferent:** | **TAK** | **NIE** |
| posiada mammograf analogowy lub ucyfrowiony zainstalowany w pracowni stacjonarnej dedykowany do wymiany |   |   |
| wykonał co najmniej 1500 badań mammograficznych w ramach „Programu profilaktyki raka piersi” w 2019 r. w etapie podstawowym – program finansowany przez NFZ \* |   |   |
| nie został wyłoniony na realizatora zadania Narodowej Strategii Onkologicznej pn. Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów – mammografy w I edycji konkursu ofert w 2020 r. |   |   |

\* **UWAGA!** Dane dotyczące liczby wykonanych badań mammograficznych w ramach „Programu profilaktyki raka piersi” w 2019 r. zostaną zweryfikowane z danymi przekazanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia **(dane wg stanu na dzień publikacji przedmiotowego ogłoszenia konkursowego)**, **w przypadku rozbieżności pomiędzy oświadczeniem oferenta, a danymi Narodowego Funduszu Zdrowia – pod uwagę zostaną wzięte dane przedstawione przez Narodowy Fundusz Zdrowia.**

Poprzez **badanie mammograficzne** rozumie się mammografię skryningową obu piersi, każdej piersi w dwóch projekcjach, tj. komplet 4 zdjęć jednej pacjentki.

***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 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 2019 r. poz. 623, 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 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 2019 r. poz. 623, z późn. zm.),

1. posiadam aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (w przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą) 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 2019 r. poz. 1429) 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 2019 r. poz. 1429) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom\*,

1. posiadam infrastrukturę do zainstalowania wnioskowanej aparatury, pozwalającą na uruchomienie sprzętu do dnia **30 września 2021 r.**,
2. podmiot leczniczy, który reprezentuję posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z publicznym płatnikiem w zakresie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Programu profilaktyki raka piersi obowiązującej w dniu złożenia oferty,
3. w ciągu 45 dni od rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z publicznym płatnikiem, za pomocą zakupionego mammografu cyfrowego, wycofam z użytkowania (za jego pomocą nie będą udzielane świadczenia zdrowotne dla pacjentów również przez inne podmioty) mammograf analogowy lub ucyfrowiony wskazany w ofercie konkursowej do wymiany,
4. w przypadku wyłonienia podmiotu, który reprezentuję, na realizatora zadania pn. „*Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów – mammografy – edycja II*” *w 2020 r*. w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, zakupiony sprzęt nie będzie stanowił przedmiotu dofinansowania w ramach środków europejskich,
5. podmiot leczniczy, który reprezentuję, posiada stacjonarną pracownię mammografii, w której zainstaluje mammograf zakupiony w ramach przedmiotowego zadania,
6. w przypadku wyłonienia podmiotu leczniczego, który reprezentuję, na realizatora zadania pn. „*Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów – mammografy – edycja II*” *w 2020 r*. w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, dokona zakupu mammografu cyfrowego w trybie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, z późn. zm,
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. wszelkie dane finansowe zawarte w ofercie zostały potwierdzone przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń finansowych (osobę odpowiedzialną za prowadzenie ksiąg rachunkowych) oraz przez osobę uprawnioną do reprezentowania Oferenta,
9. Oferent jest 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,
10. Oferent jest świadomy, iż oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia,
11. kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem.

\*właściwe zaznaczyć „X”

**Część IV - OFERTA REALIZACJI ZADANIA NA ROK 2020**

1. Wykaz sprzętu, który zamierza zakupić Oferent w ramach przedmiotowego zadania wraz z planem rzeczowo-finansowym

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa sprzętu | Podstawowe parametry techniczne | Liczba\* | Szacunkowa cena jednostkowaw PLN | Wnioskowana kwota na realizację przedmiotu konkursu w roku 2020  | Uwagi |
| 1 |  | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mammograf cyfrowy |  | **1** |   |   |   |

 \*Oferent może wnioskować o zakup 1 mammografu cyfrowego

1. Miesięczny harmonogram (podać nazwy miesięcy)

|  |
| --- |
| Możliwy termin |
| zakupu | dostawy | instalacji w pracowni stacjonarnej | oddania do użytku (rozumianego jako rozpoczęcie udzielania świadczeń) |
|   |   |   |   |

**Część V - INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

**1. Informacja o infrastrukturze Oferenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Posiadanie w strukturach Oferenta:** | **TAK** | **NIE** |
| Stacjonarna pracownia mammografii, w której zostanie zainstalowany mammograf zakupiony w ramach przedmiotowego zadania |   |   |

|  |
| --- |
| Deklarowany mammograf analogowy lub ucyfrowiony do wymiany zainstalowany w pracowni stacjonarnej |
| Rodzaj mammografu (analogowy/ucyfrowiony) | Typ i nazwa wytwórcy | Data rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych przy użyciu danego mammografu analogowego lub ucyfrowionego przez oferenta (dzień – miesiąc – rok) | Podać adres lokalizacji zainstalowania mammografu analogowego lub ucyfrowionego |
| Wybierz element. |   |   |   |

**Pozostałe posiadane mammografy (analogowe i ucyfrowione)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj mammografu (analogowy/ucyfrowiony), typ i nazwa wytwórcy** | Data rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych przy użyciu danego mammografu przez oferenta (dzień – miesiąc – rok) |
| 1.
 |   |
| 1.
 |   |
| 1.
 |   |
| 1.
 |   |
| 1.
 |   |

**2. Informacja o aktywności Oferenta**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba:** | **Liczba badań** |
| Liczba wykonanych badań mammograficznych w ramach „Programu profilaktyki raka piersi” w 2019 r. (co najmniej 1500) w etapie podstawowym – program finansowany przez NFZ\* |   |

\***Uwaga!** Dane dotyczące liczby wykonanych badań mammograficznych w ramach „Programu profilaktyki raka piersi” w 2019 r. zostaną zweryfikowane z danymi przekazanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia **(dane wg stanu na dzień publikacji przedmiotowego ogłoszenia konkursowego)**, **w przypadku rozbieżności pomiędzy oświadczeniem oferenta, a danymi Narodowego Funduszu Zdrowia – pod uwagę zostaną wzięte dane przedstawione przez Narodowy Fundusz Zdrowia.**

**3. Informacja o kadrze medycznej – zgodnie ze stanem zatrudnienia na dzień złożenia oferty**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj kwalifikacji**  | **TAK** | **NIE** |
| lekarz specjalista, który posiada doświadczenie\* w ocenie mammografii przesiewowej w ilości co najmniej 1000 badań w skali roku (co najmniej 2 lekarzy specjalistów) lub lekarz specjalista, który posiada doświadczenie w ocenie mammografii przesiewowej w ilości co najmniej 2000 badań w skali roku (co najmniej 1 lekarz specjalista) |   |   |
| technik elektroradiologii, który posiada doświadczenie\* w wykonywaniu badań mammografii w ilości co najmniej 1000 badań w skali roku |   |   |

\* Zgodnie ze stanem zatrudnienia na dzień złożenia oferty, doświadczenie liczone ogólnie – nie tylko u oferenta

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

**/dokument podpisany elektronicznie/**

1. W przypadku jeżeli jest to osoba inna bądź są to osoby inne, niż wskazane we właściwym dokumencie rejestrowym do reprezentacji Oferenta. [↑](#footnote-ref-1)
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. 2018 poz. 646 z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-2)
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 2020 r. poz. 295), 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, notariusza, radcę prawnego albo adwokata. [↑](#footnote-ref-3)