**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I**

***Zgłoszenie ofertowe***

Do realizacji zadania pn. „Program kontroli jakości w diagnostyce chłoniaków złośliwych u dzieci” na lata 2019-2021

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa oferenta |  |
| Adres wraz z kodem pocztowym |  |
| Województwo |  |
| 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  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 |  |

**Część II**

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że**

* 1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia,
  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) - należy wskazać źródło i wysokość przychodów (nie dotyczy kontraktu z NFZ):

1. ………………………………………………………………………………………………
2. ………………………………………………………………………………………………
   1. zapoznałem się ze skrótowym opisem celów i podstawowych elementów zadania określonych w załączniku nr 2 pn. *Opis programu* *„***Program kontroli jakości w diagnostyce chłoniaków złośliwych u dzieci***” na lata 2019-2021* i oświadczam, że Program będzie realizowany zgodnie z opisem zawartym w w/w załączniku.
   2. 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).
   3. 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 2018 r. poz. 1330) 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 2018 r. poz. 1330) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom\*,

* 1. Posiadam aktualną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej oraz chemioterapii w zakresie leczenia szpitalnego i/lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obowiązującej w dniu złożenia oferty;
  2. zadania wykonywane w ramach Programu nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami,
  3. 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,
  4. 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,
  5. jestem świadomy skutków niezachowania wskazanej formy komunikacji oraz zobowiązaniu się do prowadzenia elektronicznej korespondencji dotyczącej postępowania konkursowego oraz w przypadku wyboru na realizatora zadania, dalszej korespondencji dotyczącej zawarcia i realizacji umowy; jestem świadomy, iż oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia
  6. kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem

\*właściwe zaznaczyć „X”

**Część III**

**PLAN RZECZOWO – FINANSOWY**

***Program kontroli jakości w diagnostyce chłoniaków złośliwych u dzieci* na lata 2019-2021,**

***(*modyfikacja treści załącznika jest niedozwolona- należy wypełnić tylko puste luki)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres świadczeń** | **2019** | | | **2020** | | | **2021** | | | |
| **Liczba** | **Cena jednostkowa (w zł)** | **Łączny koszt (w zł)** | **Liczba** | **Cena jednostkowa (w zł)** | **Łączny koszt (w zł)** | **Liczba** | **Cena jednostkowa (w zł)** | **Łączny koszt (w zł)** |
| 1. | Centralna weryfikacja badań patomorfologicznych/histopatologicznych |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Centralna weryfikacja badań immunohistochemicznych/immunofenotypu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Centralna weryfikacja badań molekularnych |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Centralna weryfikacja badań obrazowych  w HL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Organizacja sesji weryfikacyjnych  z udziałem przedstawicieli 14 ośrodków diagnostycznych |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | a) dla NHL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | b) dla HL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** | - | - |  | - | - |  | - | - |  |

**Część IV**

**HARMONOGRAM**

***(*modyfikacja treści załącznika jest niedozwolona- należy wypełnić tylko puste luki)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Planowany okres wykonywania świadczeń (adekwatnie do zadań określonych w planie rzeczowo-finansowym):** | | | |
| **Centralna weryfikacja badań patomorfologicznych/histopatologicznych:** | | | |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  | |  |  |
| **Centralna weryfikacja badań immunohistochemicznych/immunofenotypu:** | | | |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  | |  |  |
| **Centralna weryfikacja badań molekularnych:** | | | |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  | |  |
| **Centralna weryfikacja badań obrazowych w HL:** | | | |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | **2020** *(wskazać kwartały):* | | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  | |  |
| **Organizacja sesji weryfikacyjnych z udziałem przedstawicieli 14 ośrodków diagnostycznych dla NHL:** | | | |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  | |  |
| **Organizacja sesji weryfikacyjnych z udziałem przedstawicieli 14 ośrodków diagnostycznych dla HL:** | | | |
| **2019** *(wskazać kwartały):* | | **2020** *(wskazać kwartały):* | **2021** *(wskazać kwartały):* |
|  |  | |  |

**Część V**

**INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

***Program kontroli jakości w diagnostyce chłoniaków złośliwych u dzieci* na lata 2019-2021**

***(*modyfikacja treści załącznika w kolumnie „A” jest niedozwolona. Należy wypełnić zgodnie z wymaganiem kolumnę „B”)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **A.** | **B.** |
| **L.p.** | **Wymagania merytoryczne:** | **Wskazać dane zgodnie z wymaganiem:** |
| **1.** | Wykonuje badania diagnostyczne, niezbędne do rozpoznania i stratyfikacji: |  |
|  | - NHL u dzieci, | ❒ *tak /* ❒*nie \** |
|  | - HL u dzieci. | ❒ *tak /* ❒*nie \** |
| **2.** | Dysponowanie laboratorium diagnostycznym, w którym wykonywane są badania: |  |
|  | - histopatologiczne i immunocytochemiczne tkanki guza oraz immunofenotypowanie NHL, | ❒ *tak /* ❒*nie\** |
|  | - cytogenetyki chłoniaków oraz biologii molekularnej chłoniaków. | ❒ *tak /* ❒*nie\** |
| **3.** | Prowadzenie diagnozowania w zakresie (wskazać liczbę badań przeprowadzonych w 2018 r.): |  |
| **a)** | badań patomorfologicznych/histopatologicznych | ❒ *tak /* ❒*nie \*,*  *jeśli tak, wskazać liczbę………* |
| **b)** | badań immunohistochemicznych | ❒ *tak /* ❒*nie\*,*  *jeśli tak, wskazać liczbę………* |
| **c)** | badań molekularnych | ❒ *tak /* ❒*nie\*,*  *jeśli tak, wskazać liczbę………* |
| **d)** | badań obrazowych w HL | ❒ *tak /* ❒*nie\*,*  *jeśli tak, wskazać liczbę………* |
| **4.** | Doświadczenie w realizacji zadania NPZChN pn.: ,,Program kontroli jakości w diagnostyce chłoniaków złośliwych u dzieci” w latach 2016-2018 | ❒ *tak /* ❒*nie\** |

\*właściwe zaznaczyć „X”

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, dołączyć do oferty oświadczenie 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 zgodnie z treścią art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. 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 2018 r. poz. 2190), 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)