**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE**do udziału w zadaniu pn. **„Doposażenie zakładów medycyny nuklearnej – wymiana aparatów PET”** **w 2023 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)** (należy dołączyć pełnomocnictwo) |  |
| 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 [[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–** **WYMAGANIA PROGOWE**

Reprezentowana przeze mnie jednostka spełnia poniższe wymaganie progowe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WYMAGANIE PROGOWE | TAK**\*** | NIE**\*** |
| Jest właścicielem i jednocześnie posiadaczem samoistnym (od co najmniej 10 lat - liczonych na dzień 01 stycznia 2023 r.) aparatu PET podlegającego wymianie, którego wiek, liczony od momentu rozpoczęcia **w danym podmiocie** udzielania za jego pomocą świadczeń zdrowotnych na dzień **1 stycznia 2023 r**., wynosi co najmniej 10 lat (wg daty dziennej). |  |  |
| Posiada umowę na świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie Pozytonowej Tomografii Emisyjnej PET zgodnie z Zarządzeniem nr 167/2019/DSOZ Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r.(należy podać numer kontraktu z NFZ). |  |  |
| na podstawie kontraktu z NFZ: nr umowy    (Uwaga! podać nr umowy) | X |

\* wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

**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 2022 r. poz. 2554),

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 2022 r. poz. 2554),

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) 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) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom,

1. w ciągu 45 dni od rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z płatnikiem publicznym za pomocą zakupionego aparatu PET, wycofam z użytkowania - zutylizuję (za jego pomocą nie będą udzielane świadczenia zdrowotne dla pacjentów również przez inne podmioty) aparat PET wskazany w ofercie konkursowej do wymiany,
2. w przypadku wyłonienia podmiotu, który reprezentuję, na realizatora zadania pn. „Doposażenie zakładów medycyny nuklearnej - wymiana aparatów PET”w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, zakupiony sprzęt nie będzie stanowił przedmiotu dofinansowania w ramach środków europejskich lub Funduszu Medycznego,
3. podmiot leczniczy, który reprezentuję został zakwalifikowany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili onkologicznych
4. 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,
5. 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,
6. jestem świadomy, że oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia,
7. kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem.

\* właściwe zaznaczyć „X”

**Część IV – OFERTA REALIZACJI ZADANIA NA ROK 2023**

1. Wykaz sprzętu, który zamierza zakupić Oferent wraz z planem rzeczowo-finansowym

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sprzęt | Liczba\* | Szacunkowa cena jednostkowa  w PLN | Wnioskowana kwota na realizację przedmiotu konkursu w roku 2023 (w zaokrągleniu do pełnych złotych) |
| Aparat PET/CT | 1 |  |  |
| Uwagi: |  | | |

\* Oferent może wnioskować o zakup 1 aparatu PET/CT

1. Miesięczny harmonogram (podać nazwy miesięcy)

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

**Uwaga!**

\* do dnia **30 listopada 2023 r.**, należy złożyć rozliczenie stanowiące podstawę przekazania środków publicznych wraz z dokumentami wskazanymi w ogłoszeniu,

\*\* nie później niż do dnia **28 czerwca 2024 r.**

**Część V – INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

1. **Oświadczenie**

Oświadczam, że:

1. dysponuję:
2. personelem,
3. sprzętem i aparaturą medyczną,
4. miernikiem dawek oraz pracownią do przygotowania radiofarmaceutyków

zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm), w lokalizacji, w której będzie zainstalowany aparat PET,

1. podmiot leczniczy, który reprezentuję udziela świadczeń w trybie hospitalizacji / hospitalizacji planowej, hospitalizacji jednego dnia z zakresu:

- onkologii klinicznej **lub**

- onkologii i hematologii dziecięcej

**oraz**

- chirurgii / chirurgii dziecięcej **lub**

- chirurgii onkologicznej / chirurgii onkologicznej dla dzieci

na podstawie kontraktu z NFZ: nr umów ………………………………………..……………

***(Uwaga! podać nr umów)***

1. **Informacja o infrastrukturze oraz personelu oferenta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Infrastruktura/posiadany sprzęt medyczny i aparatura | Liczba | Data rozpoczęcia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym podmiocie – data dzienna, odrębnie dla każdego aparatu PET | Uwagi |
| Aparat PET |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aparat PET dedykowany do wymiany** | | |
| Nazwa | Nazwa wytwórcy | Adres lokalizacji zainstalowania aparatu PET |
|  |  |  |
| Data rozpoczęcia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przy użyciu aparatu PET w danym podmiocie  (dzień-miesiąc-rok)\* | | |
|  | | |
| Uwagi: |  | |

\* zgodnie z opisem w części IV pkt.1 Ogłoszenia konkursowego „Wymagania progowe”

|  |  |
| --- | --- |
| **Wymagany personel\*\*** | |
| Liczba lekarzy specjalistów z dziedziny medycyny nuklearnej lub lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny nuklearnej pod nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny nuklearnej | Liczba lekarzy specjalistów z dziedziny  radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej pod nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej |
|  |  |

\*\*liczba personelu zostanie zsumowana, a wartości podane w obu kolumnach muszą być większe niż 0

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

**/dokument podpisany elektronicznie/**

1. W przypadku, jeżeli ofertę podpisuje 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. z 2023 poz. 221). [↑](#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 2022 r. poz. 663, 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-3)