

**FORMULARZ OFERTY****Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE**

do udziału w zadaniu: **Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt - zakup sprzętu do pozyskiwania mleka kobiecego oraz jego przechowywania dla podmiotów leczniczych współpracujących z bankami mleka kobiecego**

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 <sup>1</sup> (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 ( <u>aktualny wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego należy dołączyć do oferty</u> ) wraz z nazwą i siedzibą sądu lub informacje o innym właściwym dokumencie rejestrowym potwierdzającym status prawny Oferenta <sup>2</sup>	
Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą <sup>3</sup>	
Nazwa banku i numer konta bankowego Oferenta, na które mają zostać przekazane środki z tytułu realizacji zadania	

<sup>1</sup> W przypadku, jeżeli ofertę podpisuje osoba inna bądź są to osoby inne niż wskazane we właściwym dokumencie rejestrowym do reprezentacji Oferenta.

<sup>2</sup> 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 2024 r. poz. 236).

<sup>3</sup> 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 2023 r. poz. 991, 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.

## Część II – WYMAGANIA PROGOWE

Reprezentowana przeze mnie jednostka spełnia poniższe wymaganie progowe:

WYMAGANIE PROGOWE	TAK*	NIE*
Jest podmiotem leczniczym, w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o <i>działalności leczniczej</i> , prowadzącym szpital, posiadającym zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie neonatologia – drugi lub trzeci poziom referencyjny	[ ]	[ ]
Jest podmiotem leczniczym, w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o <i>działalności leczniczej</i> , prowadzącym szpital, posiadający zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie referencyjnym (KOC II/III)	[ ]	[ ]
Ma zawartą obowiązującą umowę o współpracy z bankiem mleka kobiecego w żywieniu hospitalizowanych dzieci mlekiem z banku mleka kobiecego	[ ]	[ ]

\* wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

### Część III – OŚWIADCZENIE

#### Oświadczam, że:

- a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz treścią programu polityki zdrowotnej pn. *Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2022-2026* i oświadczam, że zadanie będzie realizowane zgodnie z ogłoszeniem,
- b) dane zawarte w ofercie są prawdziwe,
- c) przychody z działalności leczniczej z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (a0), uzyskane w poprzednim roku obrotowym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146) wyniosły:  
[..... ]
- d) przychody z działalności leczniczej z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków innych, niż określone dla symbolu a0 uzyskane w poprzednim roku obrotowym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wyniosły:  
[.....],
- e)  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, 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 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,
- f) posiadam aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zawartą na okres [.....], termin opłacenia składki [.....] (w przypadku opłacania w ratach – informacja o opłaceniu raty),
- g) 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 i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom,

- h) nierozpoczęcie udzielania na zakupionym sprzęcie świadczeń zdrowotnych na podstawie kontraktu z publicznym płatnikiem, w terminie do dnia 31 stycznia 2025 r. będzie skutkowało koniecznością zwrotu całości otrzymanych z Ministerstwa Zdrowia środków finansowych na zakup danego sprzętu,
- i) złożona za pomocą ePUAP oferta na realizację zadania stanowi oświadczenie woli Oferenta, zaś informacje dotyczące Oferenta zawarte w ofercie na realizację zadania oraz dokumentach do niej załączonych, są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,
- j) jestem świadomy skutków niezachowania wskazanej w ogłoszeniu formy komunikacji oraz zobowiązuje się do prowadzenia elektronicznej korespondencji za pośrednictwem ePUAP oraz poprzez e-mail, dotyczącej postępowania konkursowego oraz w przypadku wyboru na realizatora zadania, dalszej korespondencji dotyczącej zawarcia i realizacji umowy,
- k) jestem świadomy, że oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia,
- l) kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem.

\* właściwe zaznaczyć „X”

## Część IV – OFERTA REALIZACJI ZADANIA NA ROK 2024

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

Rodzaj sprzętu	Liczba	Planowany koszt jednostkowy zakupu	Planowany koszt zakupu (K) - cena jednostkowa x liczba sztuk	Przychody z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej uzyskane ze środków publicznych (a0)	Przychody z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej uzyskane ze środków innych niż zaliczone do a0 (b0)	Ogółem	Wkład własny*	Wnioskowana kwota dofinansowania zakupu sprzętu (zgodnie z algorytmem)**
Laktator elektryczny przeznaczonych do użytku szpitalnego	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]
Lodówka do przechowywania odciągniętego mleka w warunkach chłodniczych, zapewniających całodzienną kontrolę temperatury	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]
Termotorby	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]
Przenośne lodówki	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]
Boksy termiczne	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]	[[ ]]
Uwagi:	[[ ]]	[[ ]]						

\* Wkład własny należy wskazać, gdy wartość sprzętu przewyższa kwotę 10 000 zł.

\*\* Algorytm został określony w art. 114 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – należy wskazać, gdy wartość sprzętu przewyższa kwotę 10 000 zł.

## Część V – INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI

### 1. Oświadczenia

- a) Oświadczam, że prowadzę szpital, w strukturze którego funkcjonuje oddział neonatologiczny o II lub III stopniu referencyjności lub realizuję umowę na świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie referencyjnym (KOC II/III);
- b) Oświadczam, że współpracuję z bankiem mleka kobiecego w żywieniu hospitalizowanych dzieci mlekiem z banku mleka;
- c) W ofercie przedstawię pisemne uzasadnienie celowości zakupu, w tym informacje o:
  - aktualnie posiadanym sprzęcie do pozyskiwania i przechowywania mleka kobiecego,
  - zapotrzebowaniu na sprzęt do pozyskiwania mleka kobiecego oraz jego przechowywania z wyszczególnieniem jego liczby i rodzaju,
- d) Podmiot leczniczy, który reprezentuję udziela świadczeń w trybie hospitalizacji / hospitalizacji planowej, hospitalizacji jednego dnia z zakresu:

- neonatologii II lub III poziom referencyjny

na podstawie kontraktu z NFZ: nr umów [.....]

**(Uwaga! podać nr umowy)**

lub

- koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie referencyjnym (KOC II/III),

na podstawie kontraktu z NFZ: nr umów [.....]

**(Uwaga! podać nr umowy)**

### 2. Umowa o współpracy z bankiem mleka kobiecego

Posiadam umowę z dnia ..... z bankiem mleka kobiecego.....(wskazać nazwę podmiotu leczniczego).

Liczba dzieci żywionych mlekiem z banku mleka kobiecego (jeśli dotyczy):

- a) w 2021 roku ....
- b) w 2022 roku ....
- c) w 2023 roku ....

### 3. Zasoby Oferenta

Posiadany sprzęt		
Rodzaj sprzętu	Liczba	Rok produkcji
Sprzęt do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego (laktator do użytku szpitalnego)	[ ]	[ ]
Lodówka do przechowywania odcigniętego mleka w warunkach chłodniczych, zapewniających całodzienną kontrolę temperatury	[ ]	[ ]
Termotorby	[ ]	[ ]
Przenośne lodówki	[ ]	[ ]
Boksy termiczne	[ ]	[ ]

### 4. Informacja o liczbie porodów

Informacja o liczbie porodów w szpitalu	
Rok	Liczba porodów ogółem
2021	[ ]
2022	[ ]
2023	[ ]

### 5. Uzasadnienie celowości zakupu:

.....  
.....  
.....

[.....]

podpis osoby upoważnionej do  
reprezentacji Oferenta

**/dokument podpisany elektronicznie/**