**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE**do udziału w zadaniu pn. **„Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów – mammografy”** – wymiana mammografów 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 **łącznie** wymagania progowe wymienione w podpunktach „a” i „b”:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Oferent:** | | **TAK\*** | **NIE\*** |
| a) | posiada (jest właścicielem i jednocześnie posiadaczem samoistnym) mammograf/-y analogowy/-e lub ucyfrowiony/-e zainstalowany/e w pracowni stacjonarnej lub mobilnej dedykowany/-e do wymiany |  |  |
| b) | posiada aktualną (obowiązującą w dniu złożenia oferty) umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację „Programu profilaktyki raka piersi” i udziela świadczeń w ramach tej umowy - wykonuje badania mammograficzne w etapie podstawowym (należy podać numer umowy z NFZ)\*\* |  |  |
| na podstawie kontraktu z NFZ:  nr umowy ……………… **(Uwaga! podać nr umowy)** | X |

\* wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

\*\*dane dotyczące numerów umów zostaną zweryfikowane z Narodowym Funduszem Zdrowia. **W** **przypadku rozbieżności pomiędzy oświadczeniem oferenta, a danymi Narodowego Funduszu Zdrowia – pod uwagę zostaną wzięte dane przedstawione przez Narodowy Fundusz Zdrowia.**

**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. podmiot leczniczy, który reprezentuję posiada stacjonarną lub mobilną pracownię mammografii, w której zostanie/-ą zainstalowany/-e mammograf/-y zakupiony/-e w ramach przedmiotowego zadania,
2. podmiot leczniczy, który reprezentuję posiada mammograf/-y analogowy/-e lub ucyfrowiony/-e zainstalowany/-e w pracowni stacjonarnej lub mobilnej dedykowany/-e do wymiany,
3. podmiot leczniczy, który reprezentuję posiada aktualną (obowiązującą w dniu złożenia oferty) umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację „Programu profilaktyki raka piersi” i udzielanie świadczeń w ramach tej umowy - wykonywanie badań mammograficznych w etapie podstawowym,
4. zakupiony sprzęt będzie wykorzystywany wyłącznie do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej przez realizatora z publicznym płatnikiem, w tym w zakresie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach „Programu profilaktyki raka piersi”,
5. w terminie 45 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z płatnikiem publicznym za pomocą zakupionego mammografu cyfrowego, wycofam z użytkowania - zutylizuję (za jego pomocą nie będą udzielane świadczenia zdrowotne dla pacjentów również przez inne podmioty) sprzęt wskazany w ofercie konkursowej jako kwalifikujący się do wymiany,
6. w przypadku wyłonienia podmiotu, który reprezentuję, na realizatora zadania pn. „Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów – mammografy” – wymiana mammografów w 2023 r. w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, zakupiony sprzęt nie będzie stanowił przedmiotu dofinansowania w ramach środków europejskich lub Funduszu Medycznego,
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. 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,
9. jestem świadomy, że oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia,
10. 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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa sprzętu | Liczba\* | Szacunkowa cena jednostkowa  w PLN | Wnioskowana kwota na realizację przedmiotu konkursu w roku 2023 (w zaokrągleniu do pełnych złotych) |
| Mammograf cyfrowy |  |  |  |
| Uwagi: |  | | |

\* Oferent może wnioskować o zakup maksymalnie 5 mammografów cyfrowych

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 **29 marca 2024 r.**

**Część V – INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

1. **Informacja o infrastrukturze oferenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Posiadanie w strukturach Oferenta:** | **TAK\*** | **NIE\*** |
| Stacjonarna pracownia mammografii, w której zostanie/-ą zainstalowany/-e mammograf/-y zakupiony/-e w ramach przedmiotowego zadania |  |  |
| Mobilna pracownia mammografii, w której zostanie/-ą zainstalowany/-e mammograf/-y zakupiony/-e w ramach przedmiotowego zadania |  |  |

\* wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

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

1. **Informacja o realizacji zadania pn. „Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów – mammografy”** w co najmniej jednym z podanych lat: 2019 r. lub 2020 r. lub 2021 r. lub 2022 r.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informacja o realizacji zadania** | **TAK\*** | **NIE\*** |
| Realizacja w co najmniej jednym z podanych lat: 2019 r. lub 2020 r. lub 2021 r. lub 2022 r. zadania pn.: „Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów – mammografy”. |  |  |

\* wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

|  |
| --- |
| …………………………………………… |
| 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)