**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE**do udziału w zadaniu pn. **„Doposażenie zakładów radioterapii – wymiana akceleratorów”** w 2024 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 (zgodnie z właściwym dokumentem rejestrowym) |   |
| 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 [[1]](#footnote-1) |   |
| Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą[[2]](#footnote-2) |   |
| 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 jest podmiotem leczniczym, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991, z późn.zm.), który spełnia poniższe wymaganie progowe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WYMAGANIE PROGOWE | TAK**\*** | NIE**\*** |
| Jest właścicielem i jednocześnie posiadaczem samoistnym (od co najmniej 10 lat - liczonych do dnia 31.12.2024 r.) akceleratora/akceleratorów podlegającego/-ych wymianie, którego/-ych wiek liczony od momentu rozpoczęcia **w danym podmiocie** udzielania za jego/ich pomocą świadczeń opieki zdrowotnej do dnia 31.12.2024 r., będzie wynosił co najmniej 10 lat (wg daty dziennej). |   |   |

\* 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, 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 (Dz. U. z 2022 r. poz. 2554, z późn.zm.),

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, z późn. zm.) 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, z późn. zm.) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom,

1. w ciągu 45 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z płatnikiem publicznym za pomocą zakupionego akceleratora/akceleratorów, wycofam z użytkowania - zutylizuję (za jego/ich pomocą nie będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej dla pacjentów również przez inne podmioty) akcelerator/akceleratory wskazany/-e w ofercie konkursowej do wymiany,
2. w przypadku wyłonienia podmiotu, który reprezentuję, na Realizatora zadania pn. „Doposażenie zakładów radioterapii – wymiana akceleratorów” w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, zakupiony sprzęt nie będzie stanowił przedmiotu dofinansowania z innych środków niż środki zaplanowane na realizację Narodowej Strategii Onkologicznej, w tym ze środków europejskich lub Krajowego Programu Odbudowy i Zwiększania Odporności lub Funduszu Medycznego,
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. 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,
5. jestem świadomy, że oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia,
6. kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem.

\* właściwe zaznaczyć „X”

**Część IV – OFERTA REALIZACJI ZADANIA NA ROK 2024**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj akceleratora (niskoenergetyczny lub wysokoenergetyczny) | Liczba | Szacunkowa cena jednostkowaw PLN (w zaokrągleniu do pełnych złotych) | Wnioskowana kwota dotacji na realizację przedmiotu konkursu w roku 2024 w PLN (w zaokrągleniu do pełnych złotych)  |
|   |   |   |   |
| Suma wnioskowanej kwoty dotacji: |   |
| Uwagi: |  |

1. Miesięczny harmonogram zakupu, dostawy i oddania do użytku (rozumianego jako rozpoczęcie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - podać nazwy miesięcy)

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

**Uwaga!**

\* do dnia **29 listopada 2024 r.**, należy złożyć rozliczenie stanowiące podstawę przekazania dotacji wraz z dokumentami wskazanymi w ogłoszeniu,

\*\* nie później niż do dnia **30 czerwca 2025 r.**

**Część V – INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

1. **Oświadczenie**

Oświadczam, że:

1. dysponuję infrastrukturą, która spełnia warunki prowadzenia zakładów radioterapii, o których mowa w ustawie z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 1173, z późn. zm.) oraz aktach wykonawczych, w lokalizacji, w której będzie/-ą zainstalowany/-e akcelerator/akceleratory,
2. dysponuję kadrą specjalistyczną zgodnie z warunkami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2021 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1890) w lokalizacji, w której będzie/-ą zainstalowany/-e akcelerator/akceleratory,
3. stosuję procedury kontroli jakości radioterapii (tj. kontroli jakości oraz audytów wewnętrznych i zewnętrznych) zgodnie z warunkami ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe w lokalizacji, w której będzie/-ą zainstalowany/-e akcelerator/akceleratory,
4. podmiot leczniczy, który reprezentuję udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 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 Oferenta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Infrastruktura/posiadany sprzęt medyczny i aparatura (należy podać typ, nazwę wytwórcy i nr seryjny) - nie dotyczy aparatów do radioterapii śródoperacyjnej, noży gamma, noży cybernetycznych | Liczba | Data rozpoczęcia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ośrodku – data dzienna, odrębnie dla każdego akceleratora | Uwagi |
| Akcelerator wysokoenergetyczny  |  |  |  |
| Akcelerator niskoenergetyczny  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Akcelerator/akceleratory dedykowany/-e do wymiany** |
| Nazwa (typ, nr seryjny) | Nazwa wytwórcy | Adres lokalizacji zainstalowania akceleratora | Data rozpoczęcia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przy użyciu akceleratora w ośrodku(dzień-miesiąc-rok)\* | Średnia liczba godzin pracy akceleratora tygodniowo (uwzględniając 7 dni w tygodniu) w 2023 r. – wymaganie fakultatywne | Liczba godzin ekspozycji (tzw. beam on hours) akceleratora |
|   |   |   |   |   |   |
| Uwagi: |   |

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

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

**/dokument podpisany elektronicznie/**

1. 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 poz. 236). [↑](#footnote-ref-1)
2. 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. [↑](#footnote-ref-2)