**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE**do udziału w zadaniu pn. **„Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej”** w 2021 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)** |  |
| Data i numer wpisu do KRS (DOKUMENT 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– WARUNKI PROGOWE**

Reprezentowana przeze mnie jednostka jest podmiotem leczniczym, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, który został zakwalifikowany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili onkologicznych lub posiada obowiązującą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) na świadczenia w zakresie opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworami i **spełnia warunek wymieniony w punkcie 1 oraz spełnia jeden z warunków wymienionych w punkcie 2 lub 3**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | WARUNEK PROGOWY | TAK**\*** | NIE**\*** |
| 1. | Realizuje świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach umowy zawartej z NFZ |  |  |
| 2. | Realizuje świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie onkologii klinicznej lub onkologii i hematologii dziecięcej w ramach umowy zawartej z NFZ |  |  |
| 3. | Realizuje świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie chirurgii onkologicznej/ chirurgii onkologicznej dla dzieci lub chirurgii dziecięcej w ramach umowy zawartej z NFZ |  |  |

\* 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 2020 r. poz. 2080, 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 2020 r. poz. 2080, 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 2020 r. poz. 2176) 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 2020 r. poz. 2176) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom,

1. w przypadku wyłonienia podmiotu, który reprezentuję, na realizatora zadania pn. „Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej” w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, zakupiony sprzęt nie będzie stanowił przedmiotu dofinansowania w ramach środków europejskich,
2. podmiot leczniczy, który reprezentuję został zakwalifikowany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili onkologicznych lub posiada obowiązującą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w zakresie opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworami,
3. podmiot leczniczy, który reprezentuje posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w zakresie:

|  |  |
| --- | --- |
| rehabilitacji leczniczej | na podstawie umowy z NFZ: nr umowy\*\*…………….. |
| **oraz w zakresie wymienionym w punkcie 1 lub 2 lub 3 lub 4** | |
| 1. onkologii klinicznej ( w rodzaju leczenie szpitalne) | na podstawie umowy z NFZ: nr umowy\*\*…………….. |
| 1. onkologii i hematologii dziecięcej ( w rodzaju leczenie szpitalne) | na podstawie umowy z NFZ: nr umowy\*\*…………….. |
| 1. chirurgii onkologicznej/chirurgii onkologicznej dla dzieci ( w rodzaju leczenie szpitalne) | na podstawie umowy z NFZ: nr umowy\*\*…………….. |
| 1. chirurgii dziecięcej ( w rodzaju leczenie szpitalne) | na podstawie umowy z NFZ: nr umowy\*\*…………….. |

1. 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,
2. 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,
3. 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,
4. jestem świadomy, że oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia,
5. kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem.

\*właściwe zaznaczyć

**Część IV – OFERTA REALIZACJI ZADANIA NA ROK 2021**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu\*** | **Liczba** | **Szacunkowa cena jednostkowa**  **w PLN\*\*** | **Całkowity koszt w PLN** | **Wnioskowana kwota na realizację przedmiotu konkursu w roku 2021\*\*\*** | **UWAGI** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |

\* Wpisać nazwę sprzętu spośród określonego w punkcie II ogłoszenia konkursowego ,, II. ZAKRES FINANSOWANIA (WYDATKI MAJĄTKOWE)” - nie dopuszcza się używania nazw innych niż zamieszczone w tym punkcie. Należy zaznaczyć, że Oferent wybiera sprzęt spośród wskazanego w punkcie II ogłoszenia konkursowego z pozycji od 1 do 17, zgodnie ze swoimi potrzebami.

\*\*W ramach zadania dofinansowywany jest zakup sprzętu, którego cena jednostkowa za jedną sztukę jest **wyższa niż 10 000,00 zł.** Jednocześnie należy zaznaczyć, że szacunkowy koszt sprzętu powinien odzwierciedlać aktualne ceny rynkowe, a jego wysokość powinna być jak najbardziej zbliżona do docelowej ceny zakupu danego sprzętu

\*\*\*Oferent może ubiegać się o dofinansowanie w wysokości **maksymalnie** **1 000 000,00 zł.**

1. Miesięczny harmonogram (podać nazwy miesięcy)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Możliwy termin** | | | |
| **zakupu\*** | **dostawy\*** | **instalacji sprzętu\*\*** | **oddania sprzętu do użytku (rozumianego jako rozpoczęcie udzielania świadczeń)\*\*** |
|  |  |  |  |

\* **Uwaga!** Realizator zobowiązany będzie do złożenia do Ministerstwa Zdrowia, w terminie do dnia **26 listopada 2021 r.,** rozliczenia stanowiącego podstawę przekazania środków publicznych wraz z dokumentami wskazanymi w ogłoszeniu, a także do zapłaty za zakup sprzętu do dnia **31 grudnia 2021 r.,** wykonawcy wyłonionemu w drodze postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

\*\* Nie później niż do dnia **31 marca 2022 r.**

**Część V – I NFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Posiadanie infrastruktury do zainstalowania wnioskowanego sprzętu, pozwalające na jego uruchomienia do dnia 31 marca 2022 r.** | **TAK** | **NIE** |
|  |  |
| **Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacji leczniczej dla pacjentów z powodu choroby nowotworowej (rozpoznania choroby nowotworowej określonych przez następujące kody ICD-10 od C00 do D48) lub jej następstw** | **TAK** | **NIE** |
|  |  |
| łączna liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń rehabilitacji leczniczej z powodu choroby nowotworowej lub jej następstw w latach 2018-2020: ……………………………………….. |
| **Posiadanie komórki organizacyjnej, udzielającej świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacji leczniczej:** | **TAK** | **NIE** |
| w warunkach ambulatoryjnych |  |  |
| w ramach ośrodka/oddziału dziennego |  |  |
| w warunkach stacjonarnych |  |  |
| **Dysponowanie kadrą:** | **TAK** | **NIE** |
| zatrudniania minimum w wymiarze jednego etatu przeliczeniowego (łącznie) lekarza specjalisty (czyli lekarza który posiada specjalizację II stopnia lub posiada tytuł specjalisty) w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii – zgodnie ze stanem zatrudnienia na dzień złożenia oferty |  |  |
| Należy wskazać łączną liczbę etatów przeliczeniowych, na których zatrudniono lekarzy specjalistów:…………. |
| zatrudniania minimum jednego psychologa, który wspiera osoby z chorobą nowotworową lub jej następstwami– zgodnie ze stanem zatrudnienia na dzień złożenia oferty |  |  |
| zatrudniania minimum w wymiarze dwóch etatów przeliczeniowych (łącznie) magistrów fizjoterapii – zgodnie ze stanem zatrudnienia na dzień złożenia oferty |  |  |
| Należy wskazać łączną liczbę etatów przeliczeniowych, na których zatrudniono magistrów fizjoterapii:………….. |
| zatrudniania co najmniej jednego logopedę pracującego przy rehabilitacji osób z chorobą nowotworową lub jej następstwami – zgodnie ze stanem zatrudnienia na dzień złożenia oferty |  |  |
| Zatrudniania co najmniej jednego terapeutę zajęciowego, który wspiera osoby z chorobą nowotworową lub jej następstwami – zgodnie ze stanem zatrudnienia na dzień złożenia oferty |  |  |
| **Realizowanie zadania pn. „Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej” w 2020 r. w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej** | **TAK** | **NIE** |
|  |  |

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

**/dokument podpisany elektronicznie/**

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, 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 2021 poz. 162, 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 2020 r. poz. 295, 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)