**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I - ZGŁOSZENIE OFERTOWE**do udziału w zadaniu, pn. „Doposażenie zakładów radioterapii” - wymiana aparatów HDR na lata 2021 – 2022

|  |  |
| --- | --- |
| 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 – WYMAGANIA PROGOWE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oferent:** | **TAK\*** | **NIE\*** |
| posiada aparat/aparaty HDR, którego/-ych wiek wynosi co najmniej 10 lat\*\* |  |  |

\* Wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

\*\* Wiek aparatu/aparatów HDR podlegającego/-ych wymianie, liczony od momentu rozpoczęcia **w danym podmiocie** udzielania za jego pomocą świadczeń zdrowotnych do dnia opublikowania ogłoszenia konkursowego, wynosi co najmniej 10 lat (co do dnia).

**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 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 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 (w przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą) 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 ciągu 45 dni od rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z publicznym płatnikiem, za pomocą zakupionego sprzętu wycofam z użytkowania (za jego pomocą nie będą udzielane świadczenia zdrowotne dla pacjentów również przez inne podmioty) sprzęt wskazany w ofercie konkursowej do wymiany,
2. w przypadku wyłonienia podmiotu, który reprezentuję, na realizatora zadania,   
   pn. „Doposażenie zakładów radioterapii” w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, zakupiony sprzęt nie będzie stanowił przedmiotu dofinansowania w ramach środków europejskich,
3. 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 publicznych na świadczenia w zakresie radioterapii,
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. 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,
6. 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,
7. jestem świadomy, że oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia,
8. kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem.

\*właściwe zaznaczyć „X”

**Część IV - OFERTA REALIZACJI ZADANIA**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj sprzętu | Liczba\* | Szacunkowa cena jednostkowa  w PLN | Wnioskowana kwota na realizację przedmiotu konkursu\*\* | Rok zakupu |
| Aparat HDR |  |  |  | 2021 |
|  | 2022 |
| Uwagi: |  | | | |

\*Oferent może wnioskować w ofercie łącznie o zakup maksymalnie 2 aparatów HDR do brachyterapii.

\*\*Wnioskowana kwota to maksymalnie 2 500 000,00 zł / jeden aparat HDR do brachyterapii.

**Część V - INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

**1. Oświadczenie**

Oświadczam, że:

1. dysponuję infrastrukturą odpowiadającą wymogom prowadzenia zakładów radioterapii zgodną z ustawą z dnia 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 1792, z późn. zm.) wraz z aktami wykonawczymi do ustawy, w miejscu, w którym będzie zainstalowany sprzęt, o który wnioskuję w ofercie,
2. dysponuję kadrą specjalistyczną zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2006 r. w sprawie minimalnych wymagań dla zakładów opieki zdrowotnej ubiegających się o wydanie zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii onkologicznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 874) w miejscu, w którym będzie zainstalowany sprzęt, o który wnioskuję w ofercie,
3. stosuję procedury kontroli jakości radioterapii (tj. kontroli jakości oraz audytów wewnętrznych i zewnętrznych) zgodnie z obowiązującymi przepisami, w miejscu, w którym będzie zainstalowany sprzęt, o który wnioskuję w ofercie,
4. 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 onkologicznej **lub**

- chirurgii dziecięcej

na podstawie umowy z NFZ: nr umowy ………………………………………..……………

***(Uwaga! podać nr umowy)***

**2. Informacja o infrastrukturze oferenta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Infrastruktura/posiadany sprzęt medyczny i aparatura | Liczba | Data rozpoczęcia udzielania świadczeń w ośrodku – data dzienna, odrębnie dla każdego sprzętu | Uwagi |
| Aparat HDR do brachyterapii |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aparat HDR do brachyterapii dedykowany do wymiany** | | | | |
| Nazwa | Nazwa wytwórcy | Adres lokalizacji zainstalowania aparatu | Data rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych przy użyciu danego aparatu HDR w ośrodku  (dzień-miesiąc-rok) | Uwagi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**3. Informacja o realizacji świadczeń radioterapeutycznych w ramach umowy   
o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z płatnikiem publicznym**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Informacja o realizacji świadczeń radioterapeutycznych** | **2018 r.** | **2019 r.** | **2020 r.** |
| 1. | Liczba procedur napromieniania w ramach lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego |  |  |  |
| 2. | Średni czas oczekiwania pacjenta na procedurę napromieniania w 2019 r. (w dniach\*) | x |  | x |

\*w przypadku filii należy podać średnią arytmetyczną

|  |
| --- |
| …………………………………………… |
| 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 r. 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, notariusza, radcę prawnego albo adwokata. [↑](#footnote-ref-3)