**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE**do udziału w zadaniu pn. **„Zakup sprzętu do diagnostyki patomorfologicznej”** w 2024r.

|  |  |
| --- | --- |
| 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 2024 r. poz. 799, z późn.zm.), który spełnia poniższe wymaganie progowe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WYMAGANIE PROGOWE | TAK**\*** | NIE**\*** |
| udziela na dzień opublikowania ogłoszenia konkursowego świadczeń w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie:- onkologii klinicznej lub- onkologii i hematologii dziecięcej lub- chirurgii / chirurgii dziecięcej lub- chirurgii onkologicznej / chirurgii onkologicznej dla dzieci. | [ ]  | [ ]  |
| nr umowy\*\* ……………… **(Uwaga! podać nr umowy)** |  |

\* wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

\*\* podać numer umowy z NFZ na udzielanie świadczeń

**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 2024 r. poz. 620),

[ ]  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 2024 r. poz. 620),

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 przypadku wyłonienia podmiotu, który reprezentuję, na realizatora zadania pn. „Zakup sprzętu do diagnostyki patomorfologicznej” w 2024 r. w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, zakupiony sprzęt nie będzie stanowił przedmiotu dofinansowania w ramach środków europejskich w tym Krajowego Programu Odbudowy i Zwiększania Odporności lub Funduszu Medycznego,
2. 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,
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 „X”

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

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

**Plan na 2024 r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu\*** | **Liczba** | **Szacunkowa cena jednostkowa****w PLN\*\***(w zaokrągleniu do pełnych złotych) | **Całkowity koszt w PLN** (w zaokrągleniu do pełnych złotych) | **Wnioskowana kwota na realizację przedmiotu konkursu w 2024 r.\*\*\***(w zaokrągleniu do pełnych złotych) | **Rok zakupu** | **Uzasadnienie potrzeb zakupu sprzętu i ewentualne uwagi** |
| 1. | Wybierz element.  |   |   |   |   | 2024 |  |
| 2. | Wybierz element.  |   |   |   |
| 3. | Wybierz element. |   |  |   |
| 4. | Wybierz element. |  |  |   |
| 5. | Wybierz element. |  |  |   |
|  | **RAZEM** |   |  |

\* Wybrać nazwę sprzętu z listy rozwijalnej. Należy zaznaczyć, że Oferent wybiera sprzęt spośród wskazanego w punkcie II ogłoszenia konkursowego „II. ZAKRES FINANSOWANIA ZAKUPU SPRZĘTU” z pozycji od 1 do 5, zgodnie ze swoimi potrzebami.

\*\*W ramach zadania dofinansowywany jest zakup sprzętu, którego cena jednostkowa za jedną sztukę jest wyższa niż 10 000 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.

\*\*\*Wnioskowana kwota to maksymalnie 2 000 000 zł.

1. Miesięczny harmonogram zakupu, dostawy i oddania sprzętu do użytku (rozumianego jako termin rozpoczęcia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – podać nazwy miesięcy i rok)

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

**Uwaga!**

\* do dnia **9 grudnia 2024 r.**, należy złożyć rozliczenie stanowiące podstawę przekazania dotacji wraz z dokumentami wskazanymi w ogłoszeniu,

\*\* nie później niż do dnia **31 marca 2025 r.**

**Część V – INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dysponowanie na dzień opublikowania ogłoszenia konkursowego infrastrukturą, która spełnia warunki prowadzenia zakładów patomorfologii, o których mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz. U. 2017 poz. 2435) - warunek obligatoryjny** | **TAK** | **NIE** |
| [ ]  | [ ]  |
| **Dysponowanie na dzień opublikowania ogłoszenia konkursowego kadrą specjalistyczną zgodnie z warunkami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz. U. 2017 poz. 2435), - warunek obligatoryjny** | **TAK** | **NIE** |
| [ ]  | [ ]   |
| liczba zatrudnionych u Oferenta lekarzy specjalistów z dziedziny patomorfologii:..... |
| **Wykonanie co najmniej 300 badań patomorfologicznych w 2023 r. - warunek obligatoryjny**  | **TAK** | **NIE** |
| [ ]  | [ ]  |
| **Posiadanie na dzień opublikowania ogłoszenia konkursowego certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia (akredytacja prowadzona jest w oparciu o Ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 i Nr 76, poz. 641)). Zasady procedury akredytacyjnej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez przedmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokość opłat za jej przeprowadzenie (Dz. U. Nr 150, poz. 12 160) - warunek fakultatywny** | **TAK** | **NIE** |
| [ ]  | [ ]  |

|  |
| --- |
| …………………………………………… |
| 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. 22, z późn. zm.). [↑](#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 2024 r. poz. 799, 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)