**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I**

***ZGŁOSZENIE OFERTOWE***

do udziału w zadaniu pn. **Doposażenie klinik i oddziałów hematoonkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek na 2019 r. – konkurs dedykowany jest dla podmiotów realizujących leczenie w zakresie białaczek dorosłych**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa oferenta |  |
| Adres wraz z kodem pocztowym |  |
| Województwo |  |
| Numer telefonu |  |
| Numer faksu |  |
| 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  wraz z nazwą i siedzibą sądu  lub informacje o innym właściwym dokumencie rejestrowym Numer KRS lub innego właściwego dokumentu rejestrowego potwierdzającymego status prawny Oferenta[[2]](#footnote-2) |  |
| Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą[[3]](#footnote-3) |  |
| Nazwa banku i numer konta bankowego oferenta |  |

**Część II**

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia,
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 2019 r. poz. 623, 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 2019 r. poz. 623, z późn. zm.) - należy wskazać źródło i wysokość przychodów (nie dotyczy kontraktu z NFZ):

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………....
3. zapoznałem się ze skrótowym opisem celów i podstawowych elementów zadania określonych w załączniku nr 3 pn. Doposażenie klinik i oddziałów hematoonkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek na rok 2019, i oświadczam, że Program będzie realizowany zgodnie z opisem zawartym w ww. załączniku,
4. 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).
5. oświadczam, że wysokość partycypacji w zakupie sprzętu wyniesie ….. % (podać %, nie kwotę),
6. 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 2018 r. poz. 1330) 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 2018 r. poz. 1330) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom\*,

1. posiadam infrastrukturę do zainstalowania wnioskowanej aparatury, pozwalającą na uruchomienie sprzętu do dnia 30 kwietnia 2020 r.;
2. podmiot leczniczy który reprezentuję został zakwalifikowany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej i zawarł stosowną umowę z publicznym płatnikiem lub posiada obowiązujący kontrakt z płatnikiem publicznym w zakresie świadczeń realizowanych przez komórki właściwe, w których prowadzone jest leczenie i diagnostyka białaczek osób dorosłych;
3. podmiot, który reprezentuję przystąpił tylko do jednego postępowania konkursowego na wybór realizatorów zadania Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych pn.: „Doposażenie klinik i oddziałów hematoonkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek” w 2019 r. (dedykowanego dla jednostek leczących osoby dorosłe **albo** jednostek leczących dzieci),
4. Nie korzystałem z dofinansowania na zakup sprzętu tożsamego z wnioskowanym w niniejszej ofercie w ramach programu wieloletniego *Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej* w latach 2017-2018,
5. 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;
6. 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;
7. jestem świadomy skutków niezachowania wskazanej formy komunikacji oraz zobowiązuje się do prowadzenia elektronicznej korespondencji dotyczącej postępowania konkursowego oraz w przypadku wyboru na realizatora zadania, dalszej korespondencji dotyczącej zawarcia i realizacji umowy oraz jeste 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 III**

***OFERTA REALIZACJI ZADANIA NA ROK 2019***

1. Wykaz sprzętu, który zamierza zakupić Oferent w ramach przedmiotowego zadania wraz z planem rzeczowo-finansowym

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sprzęt/aparatura\* | Liczba | Szacunkowa cena jednostkowa  w PLN | Łączny koszt  w PLN  (poz. 2 x poz. 3) | Deklarowany udział własny Oferenta i/lub organu założycielskiego Oferenta w kosztach zakupu wnioskowanego sprzętu **w %** | Wnioskowana kwota w PLN na realizację przedmiotu konkursu po odjęciu wkładu własnego  (poz. 4 - poz. 5) | Uwagi |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. Miesięczny harmonogram

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

1. Uzasadnienie zakupu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sprzęt/aparatura\* | Istotne parametry techniczne sprzętu/aparatury | Uzasadnienie zakupu |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\* Wpisać nazwę sprzętu/aparatury zgodnie z wykazem zamieszczonym w punkcie II ogłoszenia, pozycje 1-6 ogłoszenia **(nie dopuszcza się używania nazw innych niż zamieszczone w wykazie)**

**Część IV**

*INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI*

**1. Informacja o infrastrukturze Oferenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Posiadany w strukturach Oferenta oddział** | **TAK** | **NIE** |
| Oddział hematologiczny |  |  |
| Oddział nowotworów krwi |  |  |

**2. Informacja o aktywności Oferenta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Liczba:** | **W roku 2017** | **W roku 2018** | **Łączna liczba za rok 2017 i 2018** |
| leczonych w ramach kontraktu z NFZ w podmiocie leczniczym pacjentów z nowotworami układu krwiotwórczego i chłonnego |  |  |  |

1. **Informacja o kadrze medycznej – zgodnie ze stanem zatrudnienia na dzień sporządzenia oferty**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj kwalifikacji – lekarz specjalista z dziedziny:** | **Liczba osób zatrudnionych u Oferenta** | **Imię i nazwisko** | **Łączny miesięczny wymiar zatrudnienia (określić formę zatrudnienia i liczbę godzin) poszczególnych osób** |
| Hematologia (co najmniej dwóch lekarzy specjalistów z dziedziny hematologii) |  |  |  |

1. **Informacja o realizacji zadania pn. ,,Doposażenie klinik i oddziałów hematoonkologicznych w sprzęt do leczenia białaczek” w 2018 r. w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informacja o realizacji programu w 2018 r.** | **TAK** | **NIE** |
| W 2018 r. jednostka, którą reprezentuję realizowała zadanie pn.: ,,Doposażenie klinik i oddziałów hematoonkologicznych w sprzęt do leczenia białaczek” |  |  |

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, dołączyć do oferty oświadczenie o uzyskaniu wpisu w 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. poz. 646 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 2018 r. poz. 2190), 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)