**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I - *ZGŁOSZENIE OFERTOWE*** do udziału w zadaniu pn. Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów – mammografy w 2020 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)** |  | |
| Dane osoby wyznaczonej do kontaktu z Zakładem Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia w sprawach związanych z przygotowaniem procedury przetargowej na zakup sprzętu w ramach zadania[[2]](#footnote-2) | Imię i nazwisko |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| Data i numer wpisu do KRS  wraz z nazwą i siedzibą sądu  lub informacje o innym właściwym dokumencie rejestrowym potwierdzającym status prawny Oferenta [[3]](#footnote-3) |  | |
| Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą[[4]](#footnote-4) |  | |
| Nazwa banku i numer konta bankowego oferenta, na które mają zostać przekazane środki z tytułu realizacji zadania |  | |

***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.),

1. zapoznałem się ze skrótowym opisem celów i podstawowych elementów zadania określonych w **załączniku nr 4** pn. *Opis zadania pn. Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów – mammografy w 2020 r*., i oświadczam, że zadanie będzie realizowane zgodnie z opisem zawartym w ww. załączniku,
2. 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),
3. 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 2019 r. poz. 1429) 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 2019 r. poz. 1429) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom\*,

1. posiadam infrastrukturę do zainstalowania wnioskowanej aparatury, pozwalającą na uruchomienie sprzętu do dnia **30 września 2021 r.**,
2. podmiot leczniczy, który reprezentuję posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z publicznym płatnikiem w zakresie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Programu profilaktyki raka piersi obowiązującej w dniu złożenia oferty,
3. Posiadam w swoich strukturach co najmniej jedną z wymienionych komórek organizacyjnych: oddział chirurgiczny ogólny (kod resortowy: 4500), oddział chirurgii onkologicznej (kod resortowy: 4540), oddział ginekologii onkologicznej (kod resortowy: 4460), oddział ginekologiczny (kod resortowy: 4452), oddział położniczo – ginekologiczny (kod resortowy: 4450), oddział chirurgii klatki piersiowej (kod resortowy: 4520), oddział onkologiczny (kod resortowy: 4240), oddział onkologii klinicznej/chemioterapii (kod resortowy: 4242), oddział radioterapii (kod resortowy: 4244)\*\*,
4. 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 mammografu cyfrowego, wycofam z użytkowania (za jego pomocą nie będą udzielane świadczenia zdrowotne dla pacjentów również przez inne podmioty) mammograf analogowy lub ucyfrowiony wskazany w ofercie konkursowej do wymiany,
5. w przypadku wyłonienia podmiotu, który reprezentuję, na realizatora zadania pn. „*Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów – mammografy*” *w 2020 r*. w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, zakupiony sprzęt nie będzie stanowił przedmiotu dofinansowania w ramach środków europejskich,
6. podmiot leczniczy, który reprezentuję, posiada stacjonarną pracownię mammografii, w której zainstaluje mammograf zakupiony w ramach przedmiotowego zadania,
7. w przypadku wyłonienia podmiotu leczniczego, który reprezentuję, na realizatora zadania pn. „*Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów – mammografy*” *w 2020 r*. w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, przystąpi on do zakupu wspólnego przeprowadzanego w trybie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, z późn. zm.) przez Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, o udzielenie zamówienia publicznego na zakup mammografu cyfrowego,
8. 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,
9. 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,
10. Oferent jest 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,
11. Oferent jest świadomy, iż oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia,
12. kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem.

\*właściwe zaznaczyć „X”

\*\* uwaga: Posiadanie danego typu oddziału musi wynikać wprost z zapisów Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą - według kodu resortowego charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej, stanowiącego część VIII kodów charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego stanowiących załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2019 r. poz. 173, z późn. zm.). Kod resortowy właściwy dla oddziału chirurgicznego ogólnego to: 4500, oddziału chirurgii onkologicznej to: 4540, oddziału ginekologii onkologicznej to: 4460, oddziału ginekologicznego to: 4452, oddziału położniczo – ginekologicznego to: 4450, oddziału chirurgii klatki piersiowej to: 4520, oddziału onkologicznego to: 4240, oddziału onkologii klinicznej/chemioterapii to: 4242, oddziału radioterapii to: 4244.

**Część III - OFERTA REALIZACJI ZADANIA NA ROK 2020**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj mammografu cyfrowego | Liczba\* | Szacunkowa cena jednostkowa  w PLN | Łączny koszt  w PLN  (poz. 2 x poz. 3) | Wnioskowana kwota na realizację przedmiotu konkursu w roku 2020 | Uwagi |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  | **1** |  |  |  |  |

\*Oferent może wnioskować o zakup 1 mammografu cyfrowego

1. Miesięczny harmonogram

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj mammografu cyfrowego | Możliwy termin | | | |
| zakupu | dostawy | instalacji w pracowni stacjonarnej | oddania do użytku (rozumianego jako rozpoczęcie udzielania świadczeń) |
|  |  |  |  |  |

**Część IV - INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

**1. Informacja o infrastrukturze Oferenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Posiadany w strukturach Oferenta:** | **TAK** | **NIE** |
| Stacjonarna pracownia mammografii, w której zostanie zainstalowany mammograf zakupiony w ramach przedmiotowego zadania |  |  |
| Posiadanie mammografu analogowego lub ucyfrowionego zainstalowanego w pracowni stacjonarnej |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Deklarowany mammograf analogowy lub ucyfrowiony do wymiany zainstalowany w pracowni stacjonarnej | | | |
| Rodzaj mammografu (nazwa) | Nazwa wytwórcy | Data rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych przy użyciu danego mammografu analogowego lub ucyfrowionego przez oferenta  (dzień – miesiąc – rok) | Podać adres lokalizacji zainstalowania mammografu analogowego lub ucyfrowionego |
|  |  |  |  |

**2. Informacja o aktywności Oferenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba:** | **W roku 2019** | |
| Liczba wykonanych badań w ramach „Programu profilaktyki raka piersi” w przeliczeniu na 1 mammograf należący do Oferenta |  | |
| Średni czas oczekiwania pacjentek na badanie mammografii w ramach „Programu profilaktyki raka piersi” w tygodniach |  | |
| **Informacja o aktywności oferenta:** | **TAK** | **NIE** |
| Wykonywanie co najmniej 2000 badań mammograficznych przesiewowych w skali roku |  |  |

**3. Informacja o kadrze medycznej – zgodnie ze stanem zatrudnienia na dzień złożenia oferty**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj kwalifikacji** | **Liczba osób zatrudnionych u Oferenta** | **Imię i nazwisko** | **Liczba ocenianych badań mammografii przesiewowej w skali roku przez każdego z wymienionych lekarzy specjalistów** |
| lekarz specjalista, który posiada doświadczenie w ocenie mammografii przesiewowej w ilości co najmniej 1000 badań w skali roku (co najmniej 2 lekarzy specjalistów) lub lekarz specjalista, który posiada doświadczenie w ocenie mammografii przesiewowej w ilości co najmniej 2000 badań w skali roku (co najmniej 1 lekarz specjalista) |  |  |  |
| technik elektroradiologii, który posiada doświadczenie w wykonywaniu badań mammografii w ilości co najmniej 1000 badań w skali roku |  |  |  |

**Część V -** **ZOBOWIĄZANIE**

1. Zobowiązuję się:
2. do przystąpienia do zakupu wspólnego przeprowadzanego w trybie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, z późn. zm.) przez Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, o udzielenie zamówienia publicznego na zakup mammografu cyfrowego, w przypadku wyłonienia podmiotu leczniczego, który reprezentuję, na realizatora zadania pn. „*Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów – mammografy*” *w 2020 r*. w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej,
3. do wskazania osoby będącej przedstawicielem podmiotu, który reprezentuję, w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, posiadającej niezbędne umiejętności w zakresie przygotowania opisu przedmiotu zamówienia sprzętu, określenia szczegółowych kryteriów oceny ofert w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, sposobu oceny ofert;
4. że wskazany przedstawiciel podmiotu, który reprezentuję, będzie uczestniczył w spotkaniach Komisji Przetargowej, powołanej przez Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, pilnie udzielał odpowiedzi na pytania wpływające w toku postępowania i brał udział w posiedzeniach Krajowej Izby Odwoławczej;
5. że w przypadku zmiany przedstawiciela podmiotu, który reprezentuję, w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, zastąpi ją wyłącznie osoba przygotowana merytorycznie i spełniająca wymagania określone w pkt. b.

|  |
| --- |
| …………………………………………… |
| 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. Zgodnie z załącznikiem nr 3 - Pełnomocnictwo do przygotowania i przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego (część III oferty), osoba spełniająca warunki określone w załączniku nr 1 w części V. [↑](#footnote-ref-2)
3. 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. 2018 poz. 646 z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-3)
4. 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), 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-4)