**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE**do udziału w zadaniu pn. **„Program badań w kierunku wykrywania raka płuca”** – w latach 2021-2023.

|  |  |
| --- | --- |
| 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**

Reprezentowana przeze mnie jednostka spełnia poniższe warunki progowe:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | WARUNEK PROGOWY | TAK**\*** | NIE**\*** |
| 1. | wykonuje badania klatki piersiowej za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; |  |  |
| 2. | posiada infrastrukturę medyczną umożliwiającą wykonanie badania za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej w kierunku wykrywania raka płuca (posiadanie aparatu tomografu komputerowego spiralnego, minimum 16-rzędowego oraz postępowanie zgodnie z zasadą ALARA (As Low As Reasonably Achievable)); |  |  |
| 3. | jest podmiotem leczniczym, udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej (opisanych w punkcie ,,1” i ,,2”) w lokalizacji znajdującej się w jednym z wymienionych województw: dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubelskie, lubuskie, łódzkie, małopolskie, opolskie, podkarpackie, warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie. |  |  |

\* Zaznaczyć zgodnie ze stanem faktycznym

**Część III – OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz z opisem zadania określonym w **załączniku nr 2 pn. Opis programu „Program badań w kierunku wykrywania raka płuca” w latach 2021-2023** i oświadczam, że Program będzie realizowany zgodnie z opisem zawartym w w/w załączniku,
2. w sytuacji wyłonienia podmiotu leczniczego, który reprezentuję na Realizatora zadania, badania wykonywane w ramach tego zadania nie będą równocześnie finansowane z innych źródeł/Programów,
3. dane zawarte w ofercie są prawdziwe,
4. 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. podmiot leczniczy, który reprezentuję posiada umowę z publicznym płatnikiem na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach której wykonywane są badania za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej,
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. 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,
4. 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,
5. jestem świadomy, że oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia,
6. kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem.

\*właściwe zaznaczyć „X”

**Część IV – OFERTA REALIZACJI ZADANIA NA LATA 2021-2023**

1. **Plan rzeczowo - finansowy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ROK | Cena jednostkowa badania\* | Liczba badań do wykonania\*\* | Koszt Programu (cena jednostkowa badania x liczba badań) |
| 2021 |  |  |  |
| 2022 |  |  |  |
| 2023 |  |  |  |
| RAZEM | |  |  |

\*maksymalna cena jednostkowa badania 380,00 zł

\*\*minimum 300 badań rocznie na jedno województwo objęte Programem (jeśli Oferent deklaruje chęć wykonywania badań w kilku województwach podaje sumę wszystkich badań). W 2021 roku minimalna liczba wymaganych badań do wykonania w ramach Programu wynosi 150 badań na jedno województwo. Natomiast w latach 2022-2023 minimalnie 300 badań na jedno województwo w każdym roku.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i adres placówki, w której będą wykonywane badania w ramach Programu: | Województwo: | Liczba badań w podziale na lata: | | |
| 2021 | 2022 | 2023 |
|  | Wybierz element. |  |  |  |
|  | Wybierz element. |  |  |  |
|  | Wybierz element. |  |  |  |
|  | Wybierz element. |  |  |  |
|  | Wybierz element. |  |  |  |
|  | Wybierz element. |  |  |  |
|  | Wybierz element. |  |  |  |
|  | Wybierz element. |  |  |  |
|  | Wybierz element. |  |  |  |
|  | Wybierz element. |  |  |  |
| **RAZEM** | |  |  |  |

1. **Miesięczny harmonogram**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Planowany okres wykonywania badań:** | | |
| **2021** *(wskazać kwartały):* | **2022** *(wskazać kwartały):* | **2023** *(wskazać kwartały):* |
|  |  |  |

1. **Zobowiązanie**

Podmiot, który reprezentuję zobowiązuje się **do wykonywania minimum 300 badań** rocznie[[4]](#footnote-4) na terenie jednego z województw objętych programem[[5]](#footnote-5).

Podmiot, który reprezentuj zobowiązuje się **do bieżącego uzupełniania wyników badań** wykonanych w ramach Programu w Bazie Raka Płuca prowadzonej przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc.

**Część V – INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

1. **Oświadczenie**

Oświadczam, że podmiot leczniczy, który reprezentuję:

1. posiada infrastrukturę medyczną umożliwiającą wykonanie badania za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej w kierunku wykrywania raka płuca (posiadanie aparatu tomografu komputerowego spiralnego, minimum 16-rzędowego oraz postępowanie zgodnie z zasadą ALARA (As Low As Reasonably Achievable)),

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **udziela świadczeń** w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia w rodzaju leczenie w jednym z wymienionych zakresów:   * pulmonologii (świadczenia w zakresie chorób płuc),   lub   * onkologii klinicznej,   lub   * chirurgii klatki piersiowej | **TAK** | **NIE** |
| na podstawie kontraktu z NFZ:  nr umowy…………………… **(Uwaga! podać nr umowy)** |  |

1. **Informacja o zatrudnianym personelu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zatrudnianie:** | **TAK/NIE** | **Liczba zatrudnionego personelu** |
| co najmniej dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej | Wybierz element. | ………………… |
| co najmniej jednego technika RTG | Wybierz element. | ………………… |

1. **Informacja o liczbie wykonanych badań klatki piersiowej za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2018-2020**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informacja o liczbie wykonanych badań** | **2018 r.** | **2019 r.** | **2020 r.** | **RAZEM** |
| liczba wykonanych badań klatki piersiowej za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia | …………….. | …………….. | ……………… | …………….. |

|  |
| --- |
| …………………………………………… |
| 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 2021 r. poz. 711, 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)
4. W 2021 roku minimalna liczba wymaganych badań do wykonania w ramach Programu wynosi 150 badań. Natomiast w latach 2022-2023 minimalnie 300 badań na jedno województwo w każdym roku. [↑](#footnote-ref-4)
5. Województwa objęte Programem: łódzkie, kujawsko-pomorskie, warmińsko-mazurskie, lubelskie, lubuskie, zachodniopomorskie, podkarpackie, małopolskie, dolnośląskie, opolskie [↑](#footnote-ref-5)