**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I**

***ZGŁOSZENIE OFERTOWE***

do udziału w zadaniu pn. Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej” w 2020 r.

|  |  |
| --- | --- |
| 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

**WARUNKI PROGOWE**

Reprezentowana przeze mnie jednostka posiada w swojej strukturze:

|  |  |
| --- | --- |
| Wymagany Oddział | Tak/Nie\* |
| Oddział onkologii klinicznej/chemioterapii | □TAK/□NIE |
| Oddział onkologii i hematologii dziecięcej | □TAK/□NIE |
| Oddział chirurgii onkologicznej | □TAK/□NIE |

\*wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

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.). Kody resortowe:

- 4242 Oddział onkologii klinicznej/chemioterapii

- 4249 Oddział onkologii i hematologii dziecięcej

- 4540 Oddział chirurgii onkologicznej

**Część III**

**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. Opis zadania w 2020 r., 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. 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 1 marca 2021 r.;
2. podmiot leczniczy który reprezentuję posiada stosowną umowę z publicznym płatnikiem lub posiada obowiązkowy kontrakt jednostki z publicznym płatnikiem w zakresie świadczeń realizowanych przez komórki właściwe, w których prowadzona jest rehabilitacja osób z chorobą nowotworową lub z jej następstwami oraz na leczenie osób chorych na nowotwory,
3. 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;
4. 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;
5. 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 jestem świadomy,
6. że oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia,
7. kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem.

\*właściwe zaznaczyć „X”

**Część IV**

***OFERTA REALIZACJI ZADANIA NA ROK 2020***

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sprzęt/aparatura\* | Liczba | Szacunkowa cena jednostkowa  w zł \*\*\* | Łączny koszt  w zł (poz. 2 x poz. 3) | Wnioskowana kwota w zł na realizację przedmiotu konkursu\*\*\* | Uwagi |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* Wpisać nazwę sprzętu/aparatury spośród określonego w wykazie zamieszczonym w punkcie II ogłoszenia, pozycje 1-22 (nie dopuszcza się używania nazw innych niż zamieszczone w wykazie). Należy zaznaczyć, że Oferent wybiera sprzęt z pośród wskazanego w punkcie II ogłoszenia ,,Cele szczegółowe zadania” z pozycji od 1 do 22.

\*\*W ramach zadania dofinansowywany jest zakup sprzętu, którego cena jednostkowa jest wyższa niż 10 000,00 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

\*\*\*Łączna maksymalna kwota dofinansowania ze środków publicznych, o jakie może wnioskować Oferent celem zakupu ww. sprzętu nie może przekroczyć 500 000,00 zł.

1. Miesięczny harmonogram

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

\* Wpisać nazwę sprzętu/aparatury zgodnie z wykazem zamieszczonym w punkcie II ogłoszenia, pozycje 1-22 ogłoszenia **(nie dopuszcza się używania nazw innych niż zamieszczone w wykazie).** Należy zaznaczyć, że miesięczny harmonogram powinien dotyczyć sprzętu wskazanego przez Oferenta w części IV ,,Formularza oferty” pkt I pn.: ,,Wykaz sprzętu, który zamierza zakupić Oferent w ramach przedmiotowego zadania wraz z planem rzeczowo-finansowym”

**Część V**

*INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI*

**1. Informacja o infrastrukturze Oferenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Infrastruktura Oferenta** | **TAK\*** | **NIE\*** |
| Posiadam **Oddział/Ośrodek/Zakład Rehabilitacji Leczniczej** |  |  |
| **Posiadany Oddział/Ośrodek/Zakład Rehabilitacji Leczniczej, udziela świadczeń rehabilitacyjnych:** |  |  |
| w warunkach ambulatoryjnych |  |  |
| w ramach ośrodka/oddziału dziennego |  |  |
| w warunkach stacjonarnych |  |  |

**2. Informacja o aktywności Oferenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Udzielanie świadczeń:** | **TAK\*** | **NIE\*** |
| rehabilitacji leczniczej dla pacjentów z powodu choroby nowotworowej (według kodów ICD-10 określonych w punkcie VII podpunkt 2c ogłoszenia) lub jej następstw |  |  |
| Łączna liczba pacjentów z chorobą nowotworową lub jej następstwami, według kodów ICD-10 określonych w punkcie VIII podpunkt 2b ogłoszenia, którym z tego powodu udzielono świadczeń w ramach rehabilitacji leczniczej w 2018 i 2019 r. | Podać łączną liczbę za 2018-2019 r.  …………………….. | |

1. **Informacja o kadrze medycznej – zgodnie ze stanem zatrudnienia na dzień złożenia oferty (warunki obligatoryjne)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj kwalifikacji:** | **Stan zatrudnienia u Oferenta** | |
| **TAK\*** | **NIE\*** |
| lekarze specjaliści (czyli lekarze którzy posiadają specjalizację II stopnia lub posiadają tytuł specjalisty) w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub lekarze ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii (zatrudnionych minimum wymiarze jednego etatu przeliczeniowego - łącznie) | (Podać liczbę etatów: ……………………. ) |  |
| psycholog zapewniający prawidłowego realizowania świadczenia w ramach rehabilitacji onkologicznej |  |  |
| terapeuta zajęciowy zapewniający prawidłowego realizowania świadczenia w ramach rehabilitacji onkologicznej |  |  |

1. **Informacja o kadrze medycznej – zgodnie ze stanem zatrudnienia na dzień złożenia oferty (warunki opcjonalne, dodatkowo punktowane)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj kwalifikacji:** | **Stan zatrudnienia u Oferenta** | |
| **TAK\*** | **NIE\*** |
| zatrudnianie na 1/2 etatu (łącznie) przeliczeniowego specjalistów fizjoterapii |  |  |
| zatrudnianie co najmniej 3 magistrów fizjoterapii w tym co najmniej jednego wykazującego minimum 3 letnie doświadczenie w pracy z pacjentami z chorobami nowotworowymi lub jej następstwami |  |  |
| zatrudnianie minimum jednego logopedy pracującego przy rehabilitacji osób z chorobą nowotworową lub jej następstwami |  |  |

\*zaznaczyć właściwe

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. 2019 poz. 1292 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), 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)