**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE**do udziału w zadaniu pn. **„****Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca” dla pneumonologii** **na lata 2023-2024**.

|  |  |
| --- | --- |
| 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)** (należy dołączyć pełnomocnictwo) |  |
| 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 [[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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WYMAGANIA PROGOWE | TAK**\*** | NIE\* |
| Reprezentowana przeze mnie jednostka: | | |
| a) jest podmiotem leczniczym, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. który został zakwalifikowany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili onkologicznych, **lub** |  |  |
| b) posiada obowiązującą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na świadczenia w zakresie kompleksowej diagnostyki pacjentów z podejrzeniem nowotworów płuca (wykonywanie diagnostyki przy pomocy tomografii komputerowej, diagnostyki bronchoskopowej i badań patomorfologicznych realizowanych w jednostkach znajdujących się w strukturze organizacyjnej podmiotu) |  |  |
| **oraz** spełnia co najmniej jeden z poniższych warunków: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| c) łączna liczba wykonanych zabiegów bronchoskopowych w latach 2018-2022 wynosi co najmniej 1500 |  |  |
| d) łączna liczba wykonanych zabiegów EBUS-TBNA w latach 2018-2022 wynosi co najmniej 300 |  |  |

\* wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

**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 2022 r. poz. 2554),

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 2022 r. poz. 2554),

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) 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) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom,

1. podmiot leczniczy, który reprezentuję nie będzie ubiegał się o dofinansowanie zakupu sprzętu w ramach konkursu na wybór realizatorów zadania pn. **„Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca” dla torakochirurgii** **na lata 2023-2024**,
2. w przypadku wyłonienia podmiotu, który reprezentuję, na realizatora zadania pn. **„Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca” dla pneumonologii na lata 2023-2024** w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, zakupiony sprzęt nie będzie stanowił przedmiotu dofinansowania w ramach środków europejskich lub Funduszu Medycznego,
3. podmiot leczniczy, który reprezentuję został zakwalifikowany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili onkologicznych lub posiada obowiązującą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na świadczenia w zakresie kompleksowej diagnostyki pacjentów z podejrzeniem nowotworów płuca,
4. 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,
5. 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,
6. jestem świadomy, 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 2023 i 2024**

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

Uwaga! Oferent wypełnia ppkt a) **albo** ppkt b)

1. **Plan na 2023 r**.\*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu\*\*** | **Liczba** | **Szacunkowa cena jednostkowa**  **w PLN\*\*\*** | **Całkowity koszt w PLN** | **Wnioskowana kwota na realizację przedmiotu konkursu w 2023 r.\*\*\*\***  (w zaokrągleniu do pełnych złotych) | **Rok zakupu** |
| 1. | Wybierz element. |  |  |  |  | 2023 |
| 2. | Wybierz element. |  |  |  |
| 3. | Wybierz element. |  |  |  |
| 4. | Wybierz element. |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |

1. **Plan na 2024 r.****\***

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

\* Oferent może złożyć jedną ofertę na dofinansowanie zakupu sprzętu wyłącznie w jednym roku (realizacja zadania w 2023 r. albo 2024 r.). Wyklucza się możliwość wnioskowania i tym samym dofinansowania łącznie w obu ww. latach dla jednego Oferenta

\*\* Wybrać nazwę sprzętu z listy rozwijalnej. Należy zaznaczyć, że Oferent wybiera sprzęt spośród wskazanego w punkcie II ogłoszenia konkursowego „II. ZAKRES FINANSOWANIA (WYDATKI MAJĄTKOWE)” z pozycji od 1 do 4, 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 1 000 000 zł.

**Część V – INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Posiadanie infrastruktury do zainstalowania wnioskowanego sprzętu, pozwalającej na jego uruchomienie do dnia 29 marca 2024 r.** | **TAK** | **NIE** |
|  |  |
| **Udzielanie świadczeń w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie:** | **TAK** | **NIE** |
| Choroby płuc |  |  |
| na podstawie kontraktu z NFZ\*: nr umowy………………….. |
| **Dysponowanie kadrą lekarzy specjalistów zdolną do zapewnienia prawidłowego realizowania świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób płuc:** | **TAK** | **NIE** |
| Zatrudnianie co najmniej trzech lekarzy specjalistów z dziedziny chorób płuc – zgodnie ze stanem zatrudnienia na dzień złożenia oferty |  |  |
| liczba zatrudnionych lekarzy specjalistów z dziedziny chorób płuc: ……… |
| **Współczynnik surowy zachorowalności na raka płuca** | **Nazwa województwa** | **Współczynnik surowy** |
| Zachorowalność na raka płuca w województwie właściwym dla siedziby oferenta (współczynnik surowy) w 2019 r. | Wybierz element.\*\* | ….. \*\* |

\* podać numer umowy z NFZ na udzielanie świadczeń

\*\* wybrać nazwę województwa właściwego dla siedziby oferenta i wpisać współczynnik surowy zachorowalności przypisany do województwa z części VI załącznika nr I ,,Formularz oferty”

**Część VI – Współczynniki surowe zachorowalności na raka płuca w Polsce w 2019 roku, w podziale na województwa (na podstawie danych z Krajowego Rejestru Nowotworów, w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku).**

|  |  |
| --- | --- |
| **Województwo** | **Współczynnik surowy** |
| Dolnośląskie | 78,5 |
| Kujawsko-Pomorskie | 81,5 |
| Lubelskie | 50,0 |
| Lubuskie | 45,7 |
| Łódzkie | 63,9 |
| Małopolskie | 46,7 |
| Mazowieckie | 50,6 |
| Opolskie | 50,4 |
| Podkarpackie | 40,2 |
| Podlaskie | 39,8 |
| Pomorskie | 67,2 |
| Śląskie | 62,3 |
| Świętokrzyskie | 60,4 |
| Warmińsko-Mazurskie | 64,2 |
| Wielkopolskie | 58,2 |
| Zachodniopomorskie | 58,8 |

|  |
| --- |
| …………………………………………… |
| podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Oferenta |

**/dokument podpisany elektronicznie/**

1. W przypadku, jeżeli ofertę podpisuje 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 2023 poz. 221). [↑](#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 2022 r. poz. 663, 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)