

FORMULARZ OFERTY

I. ZGŁOSZENIE OFERTOWE

do udziału w zadaniu pn. **wyposażenie/ doposażenie oddziałów rehabilitacji neurologicznej w urzędzenia do wczesnej rehabilitacji neurologicznej kończyn górnych i kończyn dolnych z biofeedback w roku 2019**

1	Pełna nazwa Oferenta, zgodna z właściwym dokumentem rejestrowym lub założycielskim		
2	Adres do korespondencji (pełny)		
3	Numer telefonu		
4	Adres e-mail		
5	Adres skrzynki e-PUAP Oferenta		
6	Imię i nazwisko osoby składającej / osób składających ofertę ¹		
7	Dane osoby odpowiedzialnej za udzielanie informacji w zakresie złożonej oferty	Imię i nazwisko	
		Numer telefonu	
		Adres e-mail	
8	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	Imię i nazwisko	
		Numer telefonu	
		Adres e-mail	
9	Numer KRS lub innego właściwego dokumentu rejestrowego potwierdzającego status prawny Oferenta ³		
10	Nr księgi rejestrowej w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą ⁴		
11	Nazwa banku i numer konta bankowego oferenta, na które mają zostać przekazane środki z tytułu realizacji zadania		

¹ W przypadku jeżeli jest to osoba inna bądź są to osoby inne, niż wskazane we właściwym dokumencie rejestrowym do reprezentacji Oferenta.

² Zgodnie z załącznikiem nr 3 – Pełnomocnictwo do przygotowania i przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego (część III oferty).

³ W przypadku podmiotów, o których mowa w art. 36 i art. 49 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz. U. z 2017 r. poz. 700, z późn. zm.), należy podać numer KRS, o którym mowa w art. 4 ust. 4aa tej ustawy, dzięki któremu w wyszukiwarce KRS będzie można odszukać dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzania oferty lub numer i nazwę innego, właściwego dokumentu rejestrowego potwierdzającego status prawny Oferenta wraz z danymi osoby (osób) upoważnionej (upoważnionych) do reprezentowania Oferenta. W przypadku nieuwzględnienia w KRS zmiany dotyczącej osoby/osób upoważnionych do reprezentacji oferenta należy dołączyć oświadczenie o reprezentacji oferenta przez inną/e osobę/osoby upoważnioną/e, niefigurujące w KRS wraz z dokumentem (uchwała, statut, powołanie, kopia złożonego KRS ZK) potwierdzającym zmianę w reprezentacji oferenta. W przypadku przedsiębiorców będących osobami fizycznymi, oświadczenie o uzyskaniu wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, o której mowa w art. 14 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2017 r. poz. 2168, z późn. zm.) albo o dacie złożenia wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

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 2018 r. poz. 160, z późn. zm.), a w przypadku, o którym mowa w art. 104 tej ustawy kopię zawiadomienia, o którym mowa w tym przepisie, uwierzytelnioną przez osobę albo osoby uprawnione do reprezentacji Oferenta.

II. PLAN RZECZOWO-FINANSOWY NA ROK 2019

Szczegółowa kalkulacja kosztów wykonania zadania objętego konkursem ofert.

Lp.	Wnioskowany sprzęt	Liczba ⁵	Szacunkowy koszt PLN ⁶	Udział własny min. 15%*		Wnioskowana kwota PLN ⁷
				%	Kwota	
1	2	3	4	5	6	7
1.	Urządzenie do wczesnej rehabilitacji neurologicznej kończyn górnych i kończyn dolnych z biofeedback ⁸					
SUMA	X					

* poziom procentowego udziału własnego powinien być tożsamy dla wszystkich sprzętów wykazanych w załączniku

⁵ Maksymalna liczba wnioskowanego sprzętu jest zależna od liczby posiadanych w lokalizacji oddziałów rehabilitacji neurologicznej lub oddziałów rehabilitacyjnych realizujących kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rehabilitacji neurologicznej. Spełnienie wymagań określonych w ogłoszeniu jest konieczne dla każdego oddziału o którym mowa powyżej, na który planowany jest zakup sprzętu. Posiadaną liczbę oddziałów spełniających ww. warunki Oferent deklaruje w części IV. *Formularza oferty Informacja o wyposażeniu Oferenta uwzględniająca wszystkie posiadane w lokalizacji oddziały rehabilitacji neurologicznej*

⁶ UWAGA! W przypadku wyłonienia Oferenta na realizatora zadania podany szacunkowy koszt zakupu sprzętu, wskazany w kolumnie nr 4 zostanie wpisany do umowy w załącznikach stanowiących podstawę do rozliczania środków i będzie stanowił podstawę do określenia maksymalnej wysokości środków publicznych możliwych do otrzymania na realizację zadania oraz do określania ostatecznej wysokości dofinansowania z Ministerstwa Zdrowia (patrz załączniki do umowy nr: 1, 2, 3, 4, i 8). Szacunkowy koszt powinien odzwierciedlać aktualne ceny rynkowe, a jego wysokość powinna być jak najbardziej zbliżona do docelowej ceny zakupu danego sprzętu.

⁷ Maksymalny poziom dofinansowania zakupu urządzenia/urządzeń do wczesnej rehabilitacji neurologicznej kończyn górnych i kończyn dolnych z biofeedback nie może przekroczyć 100 000 zł w przeliczeniu na jedną sztukę sprzętu. Oferent może się ubiegać o taką liczbę sprzętów ile posiada w lokalizacji oddziałów rehabilitacji neurologicznej lub oddziałów rehabilitacyjnych realizujących kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (o których mowa w części V) w zakresie rehabilitacji neurologicznej.

⁸ Przez urządzenie do wczesnej rehabilitacji neurologicznej kończyn górnych i kończyn dolnych z biofeedback rozumie się urządzenie opisane w ogłoszeniu w części III. *PRZEDMIOT KONKURSU*.

III. Informacja o działalności Oferenta uwzględniająca wszystkie posiadane w lokalizacji oddziały rehabilitacji neurologicznej⁹

Lp.	Kategoria danych	Dane ¹⁰	Stosunek liczbowy	Wynik ¹¹
1	2	4	5	6
1	Liczba pacjentów z rozpoznaniem RNMS01, RNMS02, RNMS03, RNMS04, hospitalizowanych na oddziałach rehabilitacji neurologicznej lub oddziałach rehabilitacyjnych realizujących kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rehabilitacji neurologicznej w 2018 [A]			
2	Łączna liczba wszystkich pacjentów z rozpoznaniem RNMS01, RNMS02, RNMS03, RNMS04 i RNPSO1 hospitalizowanych na oddziałach rehabilitacji neurologicznej lub oddziałach rehabilitacyjnych realizujących kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rehabilitacji neurologicznej w 2018 [B]		$\frac{[A]}{[B]} \times 100$	
3	Łączna liczba osobodni hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem RNMS01, RNMS02, RNMS03, RNMS04 hospitalizowanych w 2018 roku na oddziałach rehabilitacji neurologicznej lub oddziałach rehabilitacyjnych realizujących kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rehabilitacji neurologicznej [C]			
4	Liczba pacjentów z rozpoznaniem RNMS01, RNMS02, RNMS03, RNMS04, hospitalizowanych w 2018 roku na oddziałach rehabilitacji neurologicznej lub oddziałach rehabilitacyjnych realizujących kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rehabilitacji neurologicznej [D]		$\frac{[C]}{[D]}$	

⁹ Przez oddział rehabilitacji neurologicznej rozumie się: oddział rehabilitacji neurologicznej (kod resortowy 4306).

¹⁰ W przypadku, jeżeli w strukturze podmiotu znajduje się więcej niż jeden oddział rehabilitacji neurologicznej należy podać łączne dane dla wszystkich posiadanych oddziałów rehabilitacji neurologicznej.

¹¹ Stosunek liczbowy powinien zostać wyliczony zgodnie ze wzorami, podanymi w kolumnie nr 5, przy wykorzystaniu danych przedstawionych w kolumnie nr 4.

IV. Informacja o wyposażeniu Oferenta uwzględniająca wszystkie posiadane w lokalizacji oddziały rehabilitacji neurologicznej i/lub oddziały rehabilitacyjne, realizujące kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rehabilitacji neurologicznej

W lokalizacji podmiotu, który reprezentuję posiadam¹²:

☐ **oddział rehabilitacji neurologicznej w liczbie:**

(wpisać liczbę posiadanych oddziałów)

☐ **oddział rehabilitacyjny realizujący kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rehabilitacji neurologicznej w liczbie:**

(wpisać liczbę posiadanych oddziałów)

Lp.	Numer pozycji oddziału rehabilitacji neurologicznej w księdze rejestrowej podmiotu	Nazwa sprzętu	Posiadanie sprzętu danego rodzaju ¹³ (właściwie zaznaczyć)	
			TAK	NIE
1	2	3	4	
1.	Oddział rehabilitacji neurologicznej Lp. ¹⁴	Urządzenie do wczesnej rehabilitacji neurologicznej kończyn górnych i/lub kończyn dolnych z biofeedback	☐	☐
2.	Oddział rehabilitacyjny realizujący kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rehabilitacji neurologicznej Lp. ¹⁴		☐	☐

¹² Należy podać jedynie te oddziały, które spełniają wymagania określone w ogłoszeniu w części V. OGRANICZENIA PODMIOTOWE.

¹³ Uwzględnić należy również sprzęt posiadany na podstawie leasingu lub innych form najmu.

¹⁴ Należy podać numer pozycji oddziału rehabilitacji neurologicznej (kod resortowy 4306) lub oddziału rehabilitacyjnego (kod resortowy 4300) realizującego kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rehabilitacji neurologicznej w księdze rejestrowej podmiotu. W przypadku posiadania więcej niż jednego oddziału należy podać numery pozycji wszystkich posiadanych oddziałów po przecinku.

V. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż:

1. Przychody z działalności leczniczej z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, uzyskane w poprzednim roku obrotowym w rozumieniu ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), wyniosły **łącznie:**
2. Posiadam przychody z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków innych niż określone w pkt 1. wynosiły **łącznie:**
3. Reprezentowany przeze mnie podmiot:

☐ posiada przychody

☐ nie posiada przychodów

z innych źródeł na realizację zadań tego samego rodzaju, co zadanie stanowiące przedmiot konkursu, uwzględniając 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 2018 r. poz. 512). W przypadku posiadania przychodów o których mowa w punkcie – należy w polu poniżej wskazać **łącną kwotę** przychodów:

4. W przypadku wyłonienia podmiotu, który reprezentuję, na realizatora zadania, zakupiony sprzęt nie będzie stanowił przedmiotu dofinansowania w ramach środków europejskich.
5. Zapoznałem / zapoznałam się z treścią ogłoszenia.
6. Zapoznałem / zapoznałam się z treścią programu polityki zdrowotnej pn. *Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020*.
7. Posiadam aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (w przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą).

8. Reprezentowany przeze mnie podmiot posiada umowę z publicznym płatnikiem w przedmiocie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej.

9. Podmiot, który reprezentuję spełniania warunki określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, uprawniające do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na sprzęcie objętym ogłoszeniem:

☐ TAK

☐ NIE

10. Podmiot, który reprezentuję spełnia wszystkie wymagania niezbędne do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zakupionym sprzęcie, w tym posiadam:

a) kadrę specjalistów uprawnionych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na sprzęcie będącym przedmiotem konkursu, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej* (Dz. U. z 2018 r., poz. 465);

b) infrastrukturę i wyposażenie, umożliwiającą uruchomienie oraz rozpoczęcie udzielania na zakupionym sprzęcie świadczeń opieki zdrowotnej do dnia 30 kwietnia 2020 r.

11. Podmiot, który reprezentuję uczestniczy w charakterze realizatora w programie pilotażowym dotyczącym leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych

☐ TAK

☐ NIE

12. Podmiot, który reprezentuję posiada akredytację wydaną na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o akredytacji w ochronie zdrowia* (Dz.U. z 2016 r. poz. 2135, z późn. zm.).

☐ TAK

☐ NIE

13. Podmiot, który reprezentuję posiada certyfikat / nie posiada certyfikatu* normy EN 15224 – Usługi Ochrony Zdrowia – System Zarządzania Jakością lub inne certyfikaty ISO, które swoim zakresem obejmują udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji neurologicznej oddziałów rehabilitacji neurologicznej.
14. Dane zawarte w ofercie, składanej w wersji elektronicznej, są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
15. Jestem świadom / świadoma skutków niezachowania wskazanej formy komunikacji oraz zobowiązuję się do prowadzenia elektronicznej korespondencji dotyczącej postępowania konkursowego oraz w przypadku wyboru na realizatora zadania, dalszej korespondencji dotyczącej zawarcia i realizacji umowy. Jestem świadom / świadoma, iż oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia.
16. Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszej ofercie:
- ☐ 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, z późn. zm.) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom;
- ☐ 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, z późn. zm.) i podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom.
17. W przypadku wyboru podmiotu, który reprezentuję na realizatora zadania, **zobowiązuję się do uruchomienia oraz rozpoczęcia udzielania na zakupionym sprzęcie świadczeń opieki zdrowotnej w terminie do 30 kwietnia 2020 r.**
18. W przypadku wyboru podmiotu, który reprezentuję na realizatora zadania, zobowiązuję się do prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej dla zadań realizowanych w ramach umowy.
19. W przypadku wyboru podmiotu, który reprezentuję na realizatora zadania, zobowiązuję się do prowadzenia odrębnej ewidencji świadczeń udzielonych na zakupionym sprzęcie sprawozdawanych w formie:
- a. liczba udzielonych świadczeń na zakupionym sprzęcie,
- b. liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń na zakupionym sprzęcie.
20. W przypadku wyboru podmiotu, który reprezentuję na realizatora zadania, dokonam zakupu aparatury i sprzętu w trybie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – *Prawo zamówień*

publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1986, z późn. zm.), za pośrednictwem Zakładu Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia.

21. Zobowiązuje się do uczestnictwa podmiotu w zakupie wspólnym procedowanym przez Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia.
22. Wskazany przedstawiciel podmiotu będzie uczestniczył w spotkaniach Komisji Przetargowej, powołanej przez Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, niezwłocznie udzielał odpowiedzi na pytania wpływające w toku postępowania i uczestniczył w posiedzeniach Krajowej Izby Odwoławczej w przypadku wniesienia odwołania.
23. Zobowiązuje się do bieżącego zapoznawania się z informacjami na temat postępowania konkursowego, zamieszczanymi na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-profilaktyki-i-leczenia-chorob-ukladu-sercowo-naczyniowego-polkard-na-lata-2017-2020-ogloszenia2>), co najmniej do dnia publikacji ogłoszenia o wyborze realizatora/ realizatorów zadania.
24. Wszelkie dane finansowe zawarte w ofercie zostały potwierdzone przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń finansowych (osobę odpowiedzialną za prowadzenie ksiąg rachunkowych).
25. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń. Odpowiedzialność karną za poświadczenie nieprawdy przewiduje art. 271 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 z późn. zm.).

Imię i nazwisko (wpisać właściwe)

/dokument podpisany elektronicznie/