**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE**do udziału w zadaniu pn. **„Doposażenie zakładów radioterapii – wymiana akceleratorów”** w 2023 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)** (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**

Reprezentowana przeze mnie jednostka spełnia poniższe wymaganie progowe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WYMAGANIE PROGOWE | TAK**\*** | NIE**\*** |
| Jest właścicielem i jednocześnie posiadaczem samoistnym (od co najmniej 10 lat - liczonych do dnia 31.12.2023 r.) akceleratora podlegającego wymianie, którego wiek liczony od momentu rozpoczęcia **w danym podmiocie** udzielania za jego pomocą świadczeń zdrowotnych do dnia 31.12.2023 r., będzie wynosił co najmniej 10 lat (wg daty dziennej). |   |   |

\* 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, z późn. zm.) 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, z późn. zm.) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom,

1. w ciągu 45 dni od rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z płatnikiem publicznym za pomocą zakupionego akceleratora, wycofam z użytkowania - zutylizuję (za jego pomocą nie będą udzielane świadczenia zdrowotne dla pacjentów również przez inne podmioty) akcelerator wskazany w ofercie konkursowej do wymiany,
2. w przypadku wyłonienia podmiotu, który reprezentuję, na realizatora zadania pn. „Doposażenie zakładów radioterapii” 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 radioterapii,
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**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj akceleratora | Liczba\* | Szacunkowa cena jednostkowaw PLN | Wnioskowana kwota na realizację przedmiotu konkursu w roku 2023 (w zaokrągleniu do pełnych złotych)  |
|   | 1 |   |   |
| Uwagi: |  |

\* Oferent może wnioskować o zakup 1 akceleratora

1. Miesięczny harmonogram (podać nazwy miesięcy)

|  |
| --- |
| Możliwy termin  |
| Zakupu i dostawy\* | Oddania sprzętu do użytku (rozumianego jako rozpoczęcie udzielania świadczeń)\*\* |
|   |   |

**Uwaga!**

\* do dnia **30 listopada 2023 r.**, należy złożyć rozliczenie stanowiące podstawę przekazania środków publicznych wraz z dokumentami wskazanymi w ogłoszeniu,

\*\* nie później niż do dnia **28 czerwca 2024 r.**

**Część V – INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

1. **Oświadczenie**

Oświadczam, że:

1. dysponuję infrastrukturą odpowiadającą wymogom prowadzenia zakładów radioterapii zgodną z ustawą z dnia 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe (Dz. U. z 2021 r. poz. 1941, z późn. zm.) wraz z aktami wykonawczymi do ustawy, w miejscu, w którym będzie zainstalowany akcelerator,
2. dysponuję kadrą specjalistyczną zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2021 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1890 z późn. zm.) w miejscu, w którym będzie zainstalowany akcelerator,
3. stosuję procedury kontroli jakości radioterapii (tj. kontroli jakości oraz audytów wewnętrznych i zewnętrznych) zgodnie z obowiązującymi przepisami, w miejscu, w którym będzie zainstalowany akcelerator,
4. podmiot leczniczy, który reprezentuję udziela świadczeń w trybie hospitalizacji / hospitalizacji planowej, hospitalizacji jednego dnia z zakresu:

- onkologii klinicznej **lub**

- onkologii i hematologii dziecięcej

**oraz**

- chirurgii / chirurgii dziecięcej **lub**

- chirurgii onkologicznej / chirurgii onkologicznej dla dzieci

na podstawie kontraktu z NFZ: nr umów ………………………………………..……………

 ***(Uwaga! podać nr umów)***

1. **Informacja o infrastrukturze oferenta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Infrastruktura/posiadany sprzęt medyczny i aparatura  | Liczba | Data rozpoczęcia udzielania świadczeń w ośrodku – data dzienna, odrębnie dla każdego akceleratora | Uwagi |
| Akcelerator wysokoenergetyczny |  |  |  |
| Akcelerator niskoenergetyczny |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Akcelerator dedykowany do wymiany**  |
| Nazwa | Nazwa wytwórcy | Adres lokalizacji zainstalowania akceleratora  |
|  |  |  |
| Data rozpoczęcia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przy użyciu akceleratora w ośrodku(dzień-miesiąc-rok)\* | Średnia liczba godzin pracy akceleratora tygodniowo (uwzględniając 7 dni w tygodniu) w 2022 r. – wymaganie fakultatywne | Liczba godzin ekspozycji (tzw. beam on hours) akceleratora |
|  |  |  |
| Uwagi: |   |

\* zgodnie z opisem w części IV Ogłoszenia konkursowego „Wymagania progowe”

|  |
| --- |
| …………………………………………… |
| 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 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 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)