

FORMULARZ OFERTY

I. ZGŁOSZENIE OFERTOWE

do udziału w zadaniu pn. **wyposażenie/doposażenie w centrale monitorujące i monitory kardiologiczne oddziałów chorób wewnętrznych**

1	Pełna nazwa Oferenta, zgodna z właściwym dokumentem rejestrowym lub założycielskim		
2	Adres do korespondencji (pełny)		
3	Numer telefonu		
4	Numer FAX		
5	Adres e-mail		
6	Adres skrzynki e-PUAP		
7	Imię i nazwisko osoby składającej / osób składających ofertę ¹		
8	Dane osoby odpowiedzialnej za udzielanie informacji w zakresie złożonej oferty	Imię i nazwisko	
		Numer telefonu	
		Adres e-mail	
9	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	
10	Numer KRS lub innego właściwego dokumentu rejestrowego potwierdzającego status prawny Oferenta ³		

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

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

³ 4. 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 2018 r. poz. 986, z późn. zm.), należy podać numer KRS, o którym mowa w art. 4 ust. 4b, pkt. 2 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 w raz z dokumentem (uchwałą, statut, powołanie, kopia złożonego KRS ZK) potwierdzającym zmianę w reprezentacji oferenta. W przypadku przedsiębiorców będących osobami fizycznymi, oświadczenie o uzyskaniu w pisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, o której mowa w art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. praw o przedsiębiorców (Dz.U. z 2018 r. poz. 646) albo o dacie złożenia wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

11	Nr księgi rejestrowej w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą⁴	
12	Nazwa banku i numer konta bankowego oferenta, na które mają zostać przekazane środki z tytułu realizacji zadania	

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. 2190, 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

1. Opis działań, jakich podjęcie planowane jest w ramach realizacji zadania objętego konkursem ofert. Szczegółowa kalkulacja kosztów wykonania zadania objętego konkursem ofert.

Lp.	Wnioskowany sprzęt	Ilość	Szacunkowy koszt PLN ⁵	Udział własny min. 15%*		Wnioskowana kwota PLN
				%	Kwota	
1	2	3	4	5	6	7
1.	Centrala monitorująca ⁶					
2.	Monitor kardiologiczny ⁷					
SUMA	X					

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

⁵ **UWAGA! W przypadku wyłonienia Oferenta na realizatora zadania podany szacunkowy koszt zakupu sprzętu wskazany w załączniku nr 2 w kolumnie 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.**

⁶ Maksymalny poziom dofinansowania zakupu centrali monitorującej nie może przekroczyć 25 000 zł w przeliczeniu na jedną sztukę sprzętu.

⁷ Maksymalny poziom dofinansowania zakupu monitora kardiologicznego nie może przekroczyć 15 000 zł w przeliczeniu na jedną sztukę sprzętu.

2. Harmonogram realizacji zadania objętego konkursem ofert

Lp.	Rodzaj sprzętu	Możliwy termin zakupu (dotyczy roku 2019)*	Możliwy termin oddania do użytku (rozumiany jako termin rozpoczęcia udzielania świadczeń – maksymalny termin 30 kwiecień 2019 r.)*
1	2	3	4
1.	Centrala monitorująca		
2.	Monitor kardiologiczny		

* podać w miesiącach

III. Informacja o działalności Oferenta uwzględniająca wszystkie posiadane w strukturze oddziały chorób wewnętrznych

Lp.	Kategoria danych	Rok	Dane ⁸	Stosunek liczbowy	Wynik ⁹
1	2	3	4	5	6
1	Liczba hospitalizacji na oddziale/oddziałach chorób wewnętrznych w roku 2018 [A]	2018		$\frac{\text{Liczba hospitalizacji na oddziale/oddziałach chorób wewnętrznych w roku 2018 [A]}}{\text{Liczba hospitalizacji w szpitalu ogółem w roku 2018 [B]}}$	
2	Liczba hospitalizacji w szpitalu ogółem w roku 2018 [B]	2018			
3	Liczba łóżek na oddziale/oddziałach chorób wewnętrznych na dzień złożenia oferty [C]	2019		$\frac{\text{Liczba łóżek na oddziale/oddziałach chorób wewnętrznych na dzień sporządzenia oferty [C]}}{\text{Liczba łóżek w szpitalu ogółem na dzień złożenia oferty [D]}}$	
4	Liczba łóżek w szpitalu ogółem na dzień złożenia oferty [D]	2019			
5	Liczba monitorów kardiologicznych na oddziale/oddziałach chorób wewnętrznych na dzień złożenia oferty [E]	2019		$\frac{\text{Liczba monitorów kardiologicznych na oddziale/oddziałach chorób wewnętrznych na dzień sporządzenia oferty [E]}}{\text{Liczba łóżek na oddziale/oddziałach chorób wewnętrznych na dzień sporządzenia oferty [C]}}$	

⁸ W przypadku, jeżeli w strukturze podmiotu znajduje się więcej niż jeden oddział chorób wewnętrznych należy podać łączne dane dla wszystkich posiadanych oddziałów chorób wewnętrznych.

⁹ 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 strukturze oddziały chorób wewnętrznych:

Lp.	Numer pozycji oddziału chorób wewnętrznych (kod resortowy 4000) w księdze rejestrowej podmiotu		Nazwa sprzętu	Posiadanie sprzętu danego rodzaju (niepotrzebne skreślić) ¹⁰		Liczba sprzętu	
						Rok produkcji 2009 i starszy	Rok produkcji 2010 i nowszy
1	2		3	4		5	6
1.	Lp. ¹¹		centrala monitorująca	TAK	NIE		
2.			monitor kardiologiczny	TAK	NIE		

¹⁰ Uwzględnić należy również sprzęt posiadany na podstawie leasingu lub innych form najmu oraz – w przypadku posiadania w strukturze więcej niż jednego oddziału chorób wewnętrznych – biorąc pod uwagę wszystkie posiadane oddziały chorób wewnętrznych.

¹¹ **Należy podać numer pozycji oddziału chorób wewnętrznych (kod resortowy 4000) w księdze rejestrowej podmiotu.** W przypadku posiadania więcej niż jednego oddziału chorób wewnętrznych należy podać numery pozycji wszystkich posiadanych oddziałów wewnętrznych w księdze rejestrowej podmiotu 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 / nie posiadam przychodów* z działalności leczniczej z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków innych niż określone w pkt 1. Jeżeli tak – należy podać **łącną kwotę** przychodów:

--

3. Posiadam przychody / nie posiadam 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)
Jeżeli tak – należy wskazać **źródło** i podać **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. Posiadam umowę z publicznym płatnikiem w przedmiocie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne w zakresie chorób wewnętrznych.
9. Podmiot, który reprezentuję spełnia 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 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r., poz. 2295);
- 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 został wyłoniony w postępowaniu konkursowym na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej POLKARD¹² w zakresie zadania pn. zakup monitorów hemodynamicznych przeznaczonych dla oddziałów wewnętrznych, zawarł z Ministrem Zdrowia umowę na realizację zadania oraz otrzymał środki publiczne na jego realizację w roku 2016 i/lub zadania pn. wyposażenie/doposażenie w centrale monitorujące i monitory kardiologiczne oddziałów chorób wewnętrznych, zawarł z Ministrem Zdrowia umowę na realizację zadania oraz otrzymał środki publiczne na jego realizację w roku 2018:

☐ TAK

☐ NIE

¹² Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016 oraz Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020

12. Podmiot, który reprezentuję posiada akredytację wydaną na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia:

☐ TAK

☐ NIE

13. Podmiot, który reprezentuję posiada certyfikat normy EN 15224 – Usługi Ochrony Zdrowia – System Zarządzania Jakością lub inne certyfikaty ISO, które swoim zakresem obejmują udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w oddziale/ oddziałach chorób wewnętrznych:

☐ TAK

☐ NIE

14. Dane zawarte w ofercie są prawdziwe.

15. Dane zawarte w ofercie składanej w wersji elektronicznej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem uprawniony do reprezentowania Oferenta.

16. Jestem świadom / świadoma 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. Jestem świadom / świadoma, iż oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia.

17. 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.

18. W przypadku wyboru podmiotu, który reprezentuję na realizatora zadania, zobowiązuje 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. Zobowiązuję 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. Zobowiązuję 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/

VI. PEŁNOMOCNICTWO*

Upoważniam p.

do złożenia oferty i podpisywania dokumentów w imieniu oferenta, w tym do podpisywania oświadczeń i załączników w ramach postępowania konkursowego na wybór realizatora/realizatorów zadania pn. *wyposażenie/doposażenie w centrale monitorujące i monitory kardiologiczne oddziałów chorób wewnętrznych w roku 2018* w zakresie programu polityki zdrowotnej pn.: *Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo- Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020*.

**Jeżeli dotyczy*

Imię i nazwisko (wpisać właściwe)

/dokument podpisany elektronicznie/