

FORMULARZ OFERTY**Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE**

do udziału w zadaniu: **Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt - zakup sprzętu do pozyskiwania mleka kobiecego oraz jego przechowywania dla podmiotów leczniczych współpracujących z bankami mleka kobiecego**

Pełna nazwa Oferenta	[]
Adres wraz z kodem pocztowym	[]
Numer telefonu	[]
Adres e-mail	[]
Adres skrzynki e-Doręczeń/ePUAP	[]
Imię i nazwisko osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania Oferenta	[]
Imię i nazwisko osoby składającej / osób składających ofertę 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 (<u>aktualny wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego należy dołączyć do oferty</u>) wraz z nazwą i siedzibą sądu lub informacje o innym właściwym dokumencie rejestrowym potwierdzającym status prawny Oferenta ²	[]
Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ³	[]
Nazwa banku i numer konta bankowego Oferenta, na które mają zostać przekazane środki z tytułu realizacji zadania	[]

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

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 2025 r. poz. 1480).

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 2025 r. poz. 450), 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.

Część II – WYMAGANIA PROGOWE

Reprezentowana przeze mnie jednostka spełnia poniższe wymaganie progowe:

WYMAGANIE PROGOWE	TAK*	NIE*
Jest podmiotem leczniczym, w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. <i>o działalności leczniczej</i> , prowadzącym szpital, posiadającym zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie neonatologia – II lub III poziom referencyjny	☐	☐
Jest podmiotem leczniczym, w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. <i>o działalności leczniczej</i> , prowadzącym szpital, posiadającym zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie referencyjnym (KOC II/III)	☐	☐
Ma zawartą obowiązującą umowę o współpracy z bankiem mleka kobiecego w żywieniu hospitalizowanych dzieci mlekiem z banku mleka kobiecego	☐	☐

* wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

Część III – OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz treścią programu polityki zdrowotnej pn. *Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2022-2026* i oświadczam, że zadanie będzie realizowane zgodnie z ogłoszeniem,
- b) dane zawarte w ofercie są prawdziwe,
- c) przychody z działalności leczniczej z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (a0), uzyskane w poprzednim roku obrotowym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461) wyniosły:
[.....]
- d) przychody z działalności leczniczej z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków innych, niż określone dla symbolu a0 uzyskane w poprzednim roku obrotowym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wyniosły:
[.....]
- e) ☐ 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 2025 r. poz. 592),
- ☐ 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 2025 r. poz. 592),
- f) posiadam aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zawartą na okres [.....], termin opłacenia składki (w przypadku opłacania w ratach – informacja o opłaceniu raty),
- g) 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 i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom,
- h) nierozpoczęcie udzielania na zakupionym sprzęcie świadczeń zdrowotnych na podstawie kontraktu z publicznym płatnikiem, w terminie **do dnia 28 stycznia 2027 r.** będzie skutkowało koniecznością zwrotu całości otrzymanej z Ministerstwa Zdrowia dotacji na zakup danego sprzętu,
- i) złożona za pomocą e-Doręczeń lub ePUAP oferta na realizację zadania stanowi oświadczenie woli Oferenta, zaś informacje dotyczące Oferenta zawarte w ofercie na realizację zadania oraz dokumentach do niej załączonych, są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,

- j) jestem świadomy skutków niezachowania wskazanej w ogłoszeniu formy komunikacji oraz zobowiązuje się do prowadzenia elektronicznej korespondencji za pośrednictwem e-Doręczeń lub ePUAP oraz poprzez e-mail, dotyczącej postępowania konkursowego oraz w przypadku wyboru na realizatora zadania, dalszej korespondencji dotyczącej zawarcia i realizacji umowy,
- k) jestem świadomy, że oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia,
- l) kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem.

* właściwe zaznaczyć „X”

Część IV – OFERTA REALIZACJI ZADANIA NA ROK 2026

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

Rodzaj sprzętu	Liczba	Planowany koszt jednostkowy zakupu sprzętu	Planowany koszt zakupu (K) - cena jednostkowa x liczba sztuk	Przychody z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej uzyskane ze środków publicznych (a0)	Przychody z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej uzyskane ze środków innych niż zaliczone do a0 (b0)	Ogółem przychody	Wkład własny (jeżeli dotyczy)*	Wnioskowana kwota dofinansowania zakupu sprzętu (zgodnie z algorytmem)**
Laktator elektryczny przeznaczonych do użytku szpitalnego***	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Łódówka do przechowywania odciągniętego mleka w warunkach chłodniczych, zapewniających całodzienną kontrolę temperatury	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Termotorby	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Przenośne lodówki	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Boksy termiczne	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Uwagi:	[[]]	[[]]						

* Wkład własny należy wskazać, gdy wartość planowanego kosztu jednostkowego zakupu sprzętu przewyższa kwotę 10 000 zł.

**Algorytm został określony w art. 114 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – należy wskazać, gdy wartość sprzętu przewyższa kwotę 10 000 zł.

*** Dotacja celowa z Ministerstwa Zdrowia na zakup laktatora elektrycznego przeznaczonego do użytku szpitalnego nie może być wyższa niż 7 500,00 zł (cena jednostkowa), z zastrzeżeniem, że gdy koszt zakupu laktatora przewyższy maksymalną wysokość dotacji przewidzianą na zakup tego sprzętu to wówczas Realizator pokryje różnicę ze środków własnych.

Część V – INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI

1. Oświadczenia

- a) Oświadczam, że prowadzę szpital, w strukturze którego funkcjonuje oddział neonatologiczny o II lub III stopniu referencyjności lub realizuję umowę na świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie referencyjnym (KOC II/III);
- b) Oświadczam, że współpracuję z bankiem mleka kobiecego w żywieniu hospitalizowanych dzieci mlekiem z banku mleka;
- c) W ofercie przedstawię pisemne uzasadnienie celowości zakupu, w tym informacje o:
 - aktualnie posiadanym sprzęcie do pozyskiwania i przechowywania mleka kobiecego,
 - zapotrzebowaniu na sprzęt do pozyskiwania mleka kobiecego oraz jego przechowywania z wyszczególnieniem jego liczby i rodzaju,
- d) Podmiot leczniczy, który reprezentuję udziela świadczeń w trybie hospitalizacji / hospitalizacji planowej, hospitalizacji jednego dnia z zakresu:
 - neonatologii II lub III poziom referencyjny

na podstawie kontraktu z NFZ: nr umów [.....]

(Uwaga! podać nr umowy)

lub

- koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie referencyjnym (KOC II/III),

na podstawie kontraktu z NFZ: nr umów [.....]

(Uwaga! podać nr umowy)

2. Umowa o współpracy z bankiem mleka kobiecego

Posiadam umowę z dnia z bankiem mleka kobiecego.....(wskazać nazwę podmiotu leczniczego).

Liczba dzieci żywionych mlekiem z banku mleka kobiecego (jeśli dotyczy):

- a) w 2023 roku
- b) w 2024 roku
- c) w 2025 roku

3. Zasoby Oferenta

Posiadany sprzęt		
Rodzaj sprzętu	Liczba	Rok produkcji
Sprzęt do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego (laktator do użytku szpitalnego)	[]	[]
Lodówka do przechowywania odciągniętego mleka w warunkach chłodniczych,	[]	[]

zapewniających całodzienną kontrolę temperatury		
Termotorby	[]	[]
Przenośne lodówki	[]	[]
Boksy termiczne	[]	[]

4. Informacja o liczbie odebranych porodów*

Informacja o liczbie odebranych porodów w szpitalu Oferenta	
Rok	Liczba porodów ogółem
2023	[]
2024	[]
2025	[]

*W przypadku nieposiadania oddziału położnictwa i ginekologii, należy wpisać liczbę hospitalizowanych dzieci na oddziale/ pododdziale neonatologii w szpitalu w latach 2023-2025.

5. Uzasadnienie celowości zakupu:

.....
.....

[.....]

podpis osoby upoważnionej do
reprezentacji Oferenta

/dokument podpisany elektronicznie/