

FORMULARZ OFERTY

Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE

do udziału w zadaniu: **Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt poprzez zakup sprzętu stanowiącego wyposażenie banków mleka kobiecego dla podmiotów przygotowanych do jego prowadzenia w województwach świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.**

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 (aktualny wydruk 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	[]
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, z późn.zm.).

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 2026 r. poz. 156), zaś w przypadku, o którym mowa w art. 104 tej ustawy, należy złożyć kopię zawiadomienia, o którym mowa w tym przepisie, uwierzytelnioną 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> (Dz.U. z 2026 r. poz. 156), prowadzącym szpital, posiadającym zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia 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> (Dz.U. z 2026 r. poz. 156), 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)	[]	[]
spełnia minimalne wymagania lokalowe, określone w Programie, niezbędne do prowadzenia banku mleka kobiecego, na który składa się co najmniej pokój laktacyjny, laboratorium banku mleka kobiecego oraz pomieszczenie biurowo-administracyjne – pomieszczenia te są przygotowane do realizacji w nich czynności określonych w Programie w sposób w nim opisany.	[]	[]
zapewnia odpowiedni personel do realizacji wszystkich etapów postępowania z mlekiem kobiecym, począwszy od kwalifikacji dawczyń, po udostępnienie mleka biorcom: <ul style="list-style-type: none"> - pracownika laboratoryjnego, posiadającego wiedzę i doświadczenie w zakresie obiegu mleka od dawczyni do biorcy oraz procesu pasteryzacji i badania mleka kobiecego, - osoby odpowiedzialne za przeprowadzanie w banku mleka kobiecego kwalifikacji dawczyń, w tym lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii, - osoby odpowiedzialne za koordynację współpracy z oddziałem neonatologii o II lub III stopniu referencyjności funkcjonującym w strukturze tego szpitala oraz w strukturze innych szpitali w zakresie udostępniania im na podstawie stosownych umów oraz zlecenia lekarskiego mleka przechowywanego w banku mleka kobiecego, - osobę odpowiedzialną za prowadzenie banku mleka kobiecego. 	[]	[]
zapewnia realizację wszystkich określonych w Programie etapów postępowania z mlekiem kobiecym zgodnie z warunkami i zasadami przyjętymi w Programie oraz posiada udokumentowany wewnętrzny system zarządzania jakością banku mleka kobiecego wraz z wchodzącymi w jego skład procedurami operacyjnymi.	[]	[]
zobowiązuje się, że będzie przestrzegał zasad postępowania z mlekiem kobiecym na każdym etapie od kwalifikacji dawczyni po udostępnienie mleka biorcy	[]	[]

<p>posiada przynajmniej jedną zawartą umowę o współpracę w zakresie udostępniania mleka z banku mleka kobiecego z podmiotem leczniczym prowadzącym szpital posiadający oddział neonatologiczny o II i III stopniu referencyjności albo zawrze przynajmniej jedną taką umowę z takim podmiotem leczniczym niezwłocznie po utworzeniu banku mleka kobiecego (wykaz zawartych umów lub oświadczenia ww. podmiotów leczniczych potwierdzające zobowiązanie do zawarcia takiej umowy z oferentem po utworzeniu banku mleka kobiecego w załączeniu).</p>	<p>[[</p>	<p>[[</p>
--	-----------	-----------

* wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

Część III – OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

- a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert oraz z 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 oraz ww. programem,
- 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 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 (Dz. U. z 2022 r. poz. 902) 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 29 kwietnia 2027 r.** będzie skutkowało koniecznością zwrotu całości otrzymanych z Ministerstwa Zdrowia środków finansowych na zakup danego sprzętu,
- i) złożona za pomocą e-Doręczeń lub ePUAP oferta na realizację zadania stanowi oświadczenie woli Oferenta, zaś informacje zawarte w ofercie na realizację zadania oraz w 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.

* właściwie 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) - jeżeli to możliwe - 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 *	Wnioskowana kwota dofinansowania zakupu sprzętu (zgodnie z algorytmem)*
Laktator elektryczny przeznaczony do użytku szpitalnego	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Lodówka do przechowywania odcigniętego mleka w warunkach chłodniczych, zapewniająca całodzienną kontrolę temperatury	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Pasteryzator mleka kobiecego z systemem rejestracji temperatury przez cały cykl	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Wózek transportowy	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Łoża/komora laminarna	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Analizator składu mleka	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Sonikator	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Chłodziarko-zamrażarki laboratoryjne	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Szafy mroźne z czujnikiem temperatury przeznaczone do przechowywania i schładzania preparatów laboratoryjnych	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]
Zamrażarka szokowa	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]	[[]]

Podgrzewacz do butelek/strzykawek przeznaczonych do podgrzewania prób w suchej atmosferze przy zachowaniu wymaganych reżimów temperaturowych	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
System do znakowania próbek	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Zmywarka z funkcją wyparzania	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
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 (Dz. U. z 2026 r. poz. 156) – należy wskazać, gdy wartość sprzętu przewyższa kwotę 10 000 zł.

Wykaz sprzętu medycznego wysokospecjalistycznego o wartości początkowej powyżej 100 000 zł

Nazwa sprzętu medycznego wysokospecjalistycznego o wartości początkowej powyżej 100 000 zł	Minimalna zadeklarowana przez Realizatora roczna liczba próbek mleka kobiecego przebadanego za pomocą tego sprzętu w litrach, o których mowa w ust. 7, w odniesieniu do 1 szt. sprzętu medycznego
....
Nazwa sprzętu medycznego wysokospecjalistycznego o wartości początkowej powyżej 100 000 zł	Minimalna zadeklarowana przez Realizatora roczna ilość mleka kobiecego (w litrach) przetworzonego za pomocą tego sprzętu, o którym mowa w ust. 7, w odniesieniu do 1 szt. sprzętu medycznego
.....

Część V – INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI

1. Oświadczenia

- a) Wykaz podmiotów leczniczych prowadzących szpital posiadający oddział neonatologiczny o II i III stopniu referencyjności, z którymi zostały zawarte umowy o współpracę w zakresie udostępniania mleka z banku mleka kobiecego albo z którymi planowane jest zawarcie ww. umów wraz z oświadczeniem osób upoważnionych do ich reprezentowania potwierdzającym zobowiązanie do zawarcia takiej umowy po utworzeniu banku mleka kobiecego:

1. [.....]
2. [.....]
3. [.....]
4. [.....]

- b) 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. Informacja o zasobach Oferenta

Wymagany personel (należy wpisać wszystkie osoby mające zajmować się prowadzeniem banku mleka kobiecego)*				
Imię i nazwisko	Tytuł lub stopień naukowy	Uzyskane specjalizacje oraz informacja o szkoleniach i kursach w zakresie neonatologii i laktacji	Doświadczenie w podmiocie leczniczym (określone w latach lub miesiącach) w postępowaniu z mlekiem kobiecym	Zakres czynności przewidzianych do realizacji w banku mleka kobiecego
[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]

[]	[]	[]	[]	[]
----	----	----	----	----

*Do oferty należy dołączyć odrębne oświadczenia każdej osoby wskazanej w tabeli o wyrażeniu przez nią zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1, Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2 oraz Dz. Urz. UE L 74 z 4.03.2021, str. 35), dalej zwanego „RODO”, przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz innymi przepisami szczególnymi regulującymi ochronę danych osobowych.

Oświadczenia powinny:

1. zawierać imię i nazwisko osoby, której dotyczą,
2. być podpisane przez tę osobę (własnoręcznie w formie papierowej lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym w formacie PAdES).

W przypadku własnoręcznego podpisania oświadczenia, przez osobę wskazaną w tabeli, dopuszcza się złożenie skanu pisemnego oświadczenia osoby wskazanej w tabeli, podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym w formacie PAdES przez osobę upoważnioną do złożenia oferty w imieniu Oferenta, co będzie równoznaczne z poświadczeniem tego oświadczenia za zgodność z oryginałem.

Posiadany sprzęt (jeżeli dotyczy)			
Oferent posiada następujący sprzęt przeznaczony dla banku mleka kobiecego (wskazać posiadany sprzęt)			
Pokój laktacyjny	Rodzaj sprzętu	Liczba	Data produkcji
[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]
Laboratorium Banku Mleka Kobiecego	Rodzaj sprzętu	Liczba	Data produkcji
[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]

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.

System zapewnienia jakości banku mleka kobiecego i wchodzących w jego skład procedur operacyjnych		
Procedury operacyjne	załączono do Oferty	
	tak	nie
procedura operacyjna w zakresie kwalifikacji dawczyni	[[]]	[[]]
procedura operacyjna pobrania przez dawczynię lub odciążenie mleka	[[]]	[[]]
procedura operacyjna w zakresie przechowywania pobranego mleka w warunkach chłodniczych (również w trakcie ewentualnego transportu do podmiotu leczniczego)	[[]]	[[]]
procedura operacyjna odmrożenia w celu łączenia przygotowania partii mleka	[[]]	[[]]
procedura operacyjna pobrania próbki do badań z danej partii mleka	[[]]	[[]]
procedura operacyjna rozlania do butelek docelowych do pasteryzacji	[[]]	[[]]
procedura operacyjna pasteryzacji	[[]]	[[]]
procedura operacyjna ponownego zamrożenia	[[]]	[[]]
procedura operacyjna ponownego rozmrożenia	[[]]	[[]]
procedura operacyjna rozdzielenia na porcje przeznaczone dla biorcy zgodnie z jego indywidualnym zapotrzebowaniem,	[[]]	[[]]
procedura operacyjna udostępnienia biorcy (w tym również zwraca uwagę na odpowiednie warunki transportu do innego podmiotu leczniczego).	[[]]	[[]]

[.....]

podpis osoby upoważnionej do
reprezentacji Oferenta

/dokument podpisany elektronicznie/