

FORMULARZ OFERTY**Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE**

do udziału w zadaniu: **Wczesna rehabilitacja dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu.**

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 (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	

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 2024 r. poz. 236 i 1222).

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 2024 r. poz. 799 i 1897), 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.

mają zostać przekazane środki z tytułu realizacji zadania	
---	--

Część II – WYMAGANIA PROGOWE

Reprezentowana przeze mnie jednostka spełnia poniższe wymaganie progowe:

WYMAGANIE PROGOWE	TAK*	NIE*
1. Jest podmiotem leczniczym, w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o <i>działalności leczniczej</i> , prowadzący szpital, posiadający zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w zakresie: dziecięca opieka koordynowana (DOK)	☐	☐
2. Jest ośrodkiem/oddziałem dziennym rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego posiadający zawartą umowę na realizację świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci w ramach podwykonawstwa zawartego z podmiotami o których mowa w pkt. 1.	☐	☐

* 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 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) 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 2024 r. poz. 620 i 1863),
- ☐ 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,
- 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 30 stycznia 2026 r. będzie skutkowało koniecznością zwrotu całości otrzymanej z Ministerstwa Zdrowia dotacji na zakup danego sprzętu,
- i) złożona za pomocą 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 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 2025

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

Rodzaj sprzętu	Liczba	Planowany koszt jednostkowy zakupu	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)**
Urządzenia do rehabilitacji zaburzeń funkcji poznawczych								
stoły rehabilitacyjne do ćwiczeń z dziećmi	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
zestaw do ćwiczeń w odciążeniu	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
materace rehabilitacyjne	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
drabinki	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
lustra korekcyjne	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
schody	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
tory do nauki chodzenia	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
wałki	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
kliny	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
kształtki	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
dyski sensomotoryczne	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
maty stymulujące	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
piłki rehabilitacyjne dla dzieci	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
przrządy wibrujące	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
bańki przysawkowe	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Urządzenia do rehabilitacji zaburzeń mowy								
szpatułki do wibratorów logopedycznych	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

płytki przedśionkowe	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
szpatułki logopedyczne	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
narzędzia do pionizacji i lateralizacji języka	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
tubka żuchwowa	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
tubki apraksyjne	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
szczoteczki do masażu	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
łyżki do karmienia terapeutycznego	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
oprogramowanie wspomagające komunikację	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
sprzęt i oprogramowanie ułatwiające pracę z komputerem, w tym wspierające używanie przycisków	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
lustro kontrolne	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
testy praktyki i gnozyji oraz inne testy językowe	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
gry dydaktyczne	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
próby grafomotoryczne	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
Uwagi:	[]	[]						

* Wkład własny należy wskazać, gdy wartość 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.

Część V – INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI

1. Oświadczenia

- a) Oświadczam, że prowadzę szpital, w strukturze którego funkcjonuje ośrodek/oddział dzienny rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego posiadający zawartą umowę na realizację świadczeń rehabilitacyjnych dla dzieci w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w zakresie: dziecięca opieka koordynowana (DOK) lub podwykonawstwa w ramach DOK;
- b) W ofercie przedstawię pisemne uzasadnienie celowości zakupu, w tym informacje o:
- aktualnie posiadanych urządzeniach do rehabilitacji zaburzeń funkcji poznawczych i urządzeniach do rehabilitacji zaburzeń mowy,
 - zapotrzebowaniu na urządzenia do rehabilitacji zaburzeń funkcji poznawczych i urządzenia do rehabilitacji zaburzeń mowy z wyszczególnieniem jego liczby i rodzaju,
- c) Podmiot leczniczy, który reprezentuję udziela świadczeń:
- w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w zakresie: dziecięca opieka koordynowana (DOK)

na podstawie kontraktu z NFZ: |.....|

(Uwaga! podać nr umowy)

lub

- rehabilitacyjnych dla dzieci w ramach podwykonawstwa zawartego z podmiotami leczniczymi, udzielającymi świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, w zakresie: dziecięca opieka koordynowana (DOK)

na podstawie umowy: |.....|

(Uwaga! podać nr umowy)

2. Zasoby Oferenta

Posiadany sprzęt		
Rodzaj sprzętu	Liczba	Rok produkcji
stoły rehabilitacyjne do ćwiczeń z dziećmi		
zestaw do ćwiczeń w odciążeniu		
materace rehabilitacyjne		

drabinki	[]	[]
lustra korekcyjne	[]	[]
schody	[]	[]
tory do nauki chodzenia	[]	[]

4. Informacja o liczbie rehabilitowanych dzieci w ramach DOK

Informacja o liczbie rehabilitowanych dzieci w ramach DOK	
Rok	Liczba rehabilitowanych dzieci ogółem
2022	[]
2023	[]
2024	[]

5. Uzasadnienie celowości zakupu:

.....
.....
.....

[.....]

podpis osoby upoważnionej do
reprezentacji Oferenta

/dokument podpisany elektronicznie/