

FORMULARZ OFERTY

I. ZGŁOSZENIE OFERTOWE

do udziału w zadaniu pn.: **wyposażenie/doposażenie w wysokiej klasy echokardiografy pracowni hemodynamicznych znajdujących się w jednostkach posiadających oddział/klinikę kardiologii dziecięcej**

1	Pełna nazwa Oferenta, zgodna z właściwym dokumentem rejestrowym lub założycielskim		
2	Adres do korespondencji (pełny)		
3	Numer telefonu		
4	Adres e-mail		
5	Adres skrzynki e-PUAP		
6	Imię i nazwisko osoby składającej / osób składających ofertę ¹		
7	Dane osoby odpowiedzialnej za udzielanie informacji w zakresie złożonej oferty	Imię i nazwisko	
		Numer telefonu	
		Adres e-mail	
8	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	
9	Numer KRS lub innego właściwego dokumentu rejestrowego potwierdzającego status prawny Oferenta ³		
10	Nr księgi rejestrowej w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą ⁴		
11	Nazwa banku i numer konta bankowego oferenta, na które mają zostać przekazane środki z tytułu realizacji zadania		

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

² Zgodnie z załącznikiem nr 3 - Pełnomocnictwo 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 wraz z dokumentem (uchwała, statut, powołanie, kopia złożonego KRS ZK) potwierdzającym zmianę w reprezentacji oferenta. W przypadku przedsiębiorców będących osobami fizycznymi, oświadczenie o uzyskaniu wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, o której mowa w art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2018 r. poz. 646) albo o dacie złożenia wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

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 ⁶ kwota PLN
				%	Kwota	
1	2	3	4	5	6	7
1.	Echokardiograf wysokiej klasy 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 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 echokardiografu wysokiej klasy nie może przekroczyć 750 000 zł w przeliczeniu na jedną sztukę sprzętu.

⁷ Przez echokardiograf wysokiej klasy rozumie się echokardiograf posiadający m.in. funkcje kalkulacyjne kardiologiczne podstawowe, funkcje dopplera pulsacyjnego, ciągłego, kolorowego, funkcje 2D i 3D w jakości w jakości pozwalającej na diagnostykę noworodków. Głowice echokardiograficzne powinny umożliwić przeprowadzenie badania u dzieci i dorosłych.

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 2020 r.)*
1	2	3	4
1.	Echokardiograf wysokiej klasy ⁸		

* podać w miesiącach

⁸ Przez echokardiograf wysokiej klasy rozumie się echokardiograf posiadający m.in. funkcje kalkulacyjne kardiologiczne podstawowe, funkcje dopplera pulsacyjnego, ciągłego, kolorowego, funkcje 2D i 3D w jakości w jakości pozwalającej na diagnostykę noworodków. Głowice echokardiograficzne powinny umożliwić przeprowadzenie badania u dzieci i dorosłych.

III. Informacja o działalności Oferenta uwzględniająca wszystkie posiadane w strukturze oddziały/kliniki kardiologii dziecięcej

Lp.	Kategoria danych	Rok	Dane ⁹	Stosunek liczbowy	Wynik ¹⁰
1	2	3	4	5	6
1	Liczba hospitalizacji na oddziale/oddziałach (klinice/klinikach) kardiologii dziecięcej w roku 2018 [A]	2018		$\frac{A}{B}$	
2	Liczba hospitalizacji w szpitalu ogółem w roku 2018 [B]	2018			
3	Liczba wykonanych kardiologicznych zabiegów interwencyjnych u dzieci, w tym zabiegów we wrodzonych wadach serca u dzieci (zabiegów interwencyjnych przezcewnikowych, przez które rozumie się zabiegi: przezskórnego zamykania ubytków, zamykania przetrwałych przewodów tętniczych, zakładania stentów do zwężonej aorty lub tętnicy płucnej, wszczepiania zastawki płucnej na stencie) na dzień złożenia oferty	2017 i 2018		Należy uzupełnić tylko kolumnę nr 4	

⁹ W przypadku, jeżeli w strukturze podmiotu znajduje się więcej niż jeden oddział/klinika kardiologii dziecięcej należy podać łączne dane dla wszystkich posiadanych oddziałów/klinik kardiologii dziecięcej.

¹⁰ 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 (kliniki) kardiologii dziecięcej i pracownie hemodynamiki wykorzystywane na potrzeby kardiologii dziecięcej:

Lp.	Numer pozycji oddziału/ kliniki kardiologii dziecięcej (kod resortowy 4101) i pracowni hemodynamiki (kod resortowy 7233 lub 7232) w księdze rejestrowej podmiotu		Nazwa sprzętu	Posiadanie sprzętu danego rodzaju (zaznaczyć pole pod właściwym stwierdzeniem) ¹¹		Liczba sprzętu	
						Rok produkcji 2009 i starszy	Rok produkcji 2010 i nowszy
1	2		3	4		5	6
1.	Lp. ¹²		Echokardiograf wysokiej klasy	TAK ☐	NIE ☐		

¹¹ Uwzględnić należy również sprzęt posiadany na podstawie leasingu lub innych form najmu oraz – w przypadku posiadania w strukturze więcej niż jednego oddziału/kliniki kardiologii dziecięcej – biorąc pod uwagę wszystkie posiadane oddziały/kliniki kardiologii dziecięcej.

¹² **Należy podać numer pozycji oddziału/ kliniki kardiologii dziecięcej (kod resortowy 4101) i pracowni hemodynamiki (kod resortowy 7233 lub 7232) w księdze rejestrowej podmiotu.** W przypadku posiadania więcej niż jednego oddziału/kliniki kardiologii dziecięcej należy podać numery pozycji wszystkich posiadanych oddziałów/ klinik kardiologii dziecięcej w księdze rejestrowej podmiotu po przecinku.

V. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż:

1. Przychody reprezentowanego przeze mnie podmiotu 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. Podmiot, który reprezentuję posiada przychody / nie posiada 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. Podmiot, który reprezentuję posiada przychody / nie posiada 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. Podmiot, który reprezentuję posiada pracownię hemodynamiki, która jest wykorzystywana również na potrzeby kardiologii dziecięcej.

8. Podmiot, który reprezentuję posiada aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (w przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą).
9. Podmiot, który reprezentuję posiada umowę z publicznym płatnikiem w przedmiocie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne w zakresie kardiologii dziecięcej.
10. Podmiot, który reprezentuję spełniania warunki określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uprawniające do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych na sprzęcie objętym ogłoszeniem:

☐ TAK

☐ NIE

11. Podmiot, który reprezentuję spełnia wszystkie wymagania niezbędne do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zakupionym sprzęcie, w tym posiada:

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.

12. Podmiot, który reprezentuję został wyłoniony w postępowaniu konkursowym na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej POLKARD¹³ w zakresie zadania pn. zakup echokardiografów średniej klasy poradni kardiologii dziecięcej w roku 2017, zawarł z Ministrem Zdrowia umowę na realizację zadania oraz otrzymał środki publiczne na jego realizację w roku 2017:

☐ TAK

☐ NIE

¹³ Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020

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

☐ TAK

☐ NIE

14. 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/klinice oddziałach kardiologii dziecięcej:

☐ TAK

☐ NIE

15. Dane zawarte w ofercie są prawdziwe.

16. Dane zawarte we wniosku o dofinansowanie składanym w wersji elektronicznej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem uprawniony do reprezentowania Oferenta.

17. Jestem świadom / świadoma skutków niezachowania wskazanej formy komunikacji oraz zobowiązuję 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.

18. 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.

19. W przypadku wyboru podmiotu, który reprezentuję na realizatora zadania, zobowiązuje się on do prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej dla zadań realizowanych w ramach umowy.

20. W przypadku wyboru podmiotu, który reprezentuję na realizatora zadania, zobowiązuje się on 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.
21. W przypadku wyboru podmiotu, który reprezentuję na realizatora zadania, dokona on 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.
22. Podmiot, który reprezentuję zobowiązuje się do uczestnictwa w zakupie wspólnym procedowanym przez Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia.
23. Wskazany przedstawiciel reprezentowanego przeze mnie 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.
24. 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.
25. Wszelkie dane finansowe zawarte w ofercie zostały potwierdzone przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń finansowych (osobę odpowiedzialną za prowadzenie ksiąg rachunkowych) oraz przez osobę upoważnioną do reprezentowania Oferenta.
26. 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/