**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I - *DANE INDENTYFIKUJĄCE OFERENTA***

Zadanie pn. „Wprowadzenie nowych metod diagnostyki procesów immunologicznych i leczenia warunkujących powodzenie przeszczepienia” – konkurs ofert

**„****Leczenie - program odczulania potencjalnych biorców nerek”** – *wypełnić białe pola*

|  |  |
| --- | --- |
| 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]](#footnote-1)** |  |
| Dane osoby wyznaczonej do kontaktu z Poltrasnplantem | Imię i nazwisko |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| Numer KRS (DOKUMENT DOŁĄCZYĆ DO OFERTY) lub innego właściwego dokumentu rejestrowego potwierdzającego status prawny Oferenta |   |
| Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą[[2]](#footnote-2) |  |
| Nazwa banku i numer konta bankowego oferenta, na które mają zostać przekazane środki z tytułu realizacji zadania |  |

**Część II - *OŚWIADCZENIA***

**Oświadczam, że:**

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia,
2. Zobowiązuję się do bieżącego zapoznawania się z informacjami na temat postępowania konkursowego, zamieszczanymi na stronie internetowej Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant”,
3. dane zawarte w ofercie są prawdziwe,
4. ❒ 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 ustawy[[3]](#footnote-3) o ofercie publicznej i warunkach wprowadzenia instrumentów finansowych do zorganizowanego systemu obrotu oraz o spółkach publicznych.

❒ 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 ustawy4 o ofercie publicznej i warunkach wprowadzenia instrumentów finansowych do zorganizowanego systemu obrotu oraz o spółkach publicznych.

1. posiadam aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawartą na okres *(wypełnić)*................................................................. termin opłacenia składki *(wypełnić)*................................................................. (w przypadku opłacania w ratach – informacja o opłaceniu raty),
2. informacje zawarte w ofercie:

❒ stanowią tajemnicę przedsiębiorcy\* w rozumieniu ustawy[[4]](#footnote-4) o dostępie do informacji publicznej i podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom,

❒ nie stanowią tajemnicy przedsiębiorcy\* w rozumieniu ustawy5 o dostępie do informacji publicznej i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom,

1. w przypadku wyłonienia podmiotu, który reprezentuję, na podwykonawcę programu wieloletniego realizowanego na zasadach przewidzianych dla programu polityki zdrowotnej pn.: „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej” w zakresie zadania: „Wprowadzenie nowych metod diagnostyki procesów immunologicznych i leczenia warunkujących powodzenie przeszczepienia” – konkurs ofert **„Leczenie - program odczulania potencjalnych biorców nerek”**” w 2021 r., świadczenia nie będą stanowiły przedmiotu dofinansowania w ramach środków europejskich,
2. podmiot, który reprezentuję posiada pozwolenia Ministra Zdrowia, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy[[5]](#footnote-5) o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów w zakresie przeszczepiania nerki od dawcy (wypełnić): …………………….. nr.................................................., data wydania………….……………, data wygaśnięcia ……………….…………., a także działa w nim ośrodek kwalifikujący do przeszczepienia nerki, zwany „ośrodkiem kwalifikującym” o którym mowa w art. 16c ww. ustawy5.
3. podmiot, który reprezentuje, spełnia wymagania, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów[[6]](#footnote-6), w tym posiada:
	1. kadrę specjalistów uprawnionych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej których dotyczy konkurs;
	2. infrastrukturę i wyposażenie, umożliwiającą rozpoczęcie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej których dotyczy konkurs,
4. złożony za pomocą ePUAP wniosek o dofinansowanie zadania stanowi oświadczenie woli Oferenta, zaś informacje dotyczące podmiotu, który reprezentuję, zawarte we wniosku o dofinansowanie oraz dokumentach do niego załączonych są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,
5. W przypadku wyboru podmiotu, który reprezentuję na podwykonawcę zadania, zobowiązuję się do prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej dotyczącej udzielanych świadczeń w tym poniesionych na świadczenia kosztów oraz otrzymanych od Realizatora środków za wykonane procedury, a także sprawozdawczości m.in. w zakresie: liczba udzielonych świadczeń, poniesiony koszt udzielonych świadczeń oraz liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń,
6. wszelkie dane finansowe zawarte w ofercie zostały potwierdzone przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń finansowych (osobę odpowiedzialną za prowadzenie ksiąg rachunkowych) oraz przez osobę uprawnioną do reprezentowania Oferenta,
7. jestem świadomy skutków niezachowania wskazanej w ogłoszeniu formy komunikacji oraz zobowiązuje się do prowadzenia elektronicznej korespondencji za pośrednictwem ePUAP oraz e-mail dotyczącej postępowania konkursowego oraz w przypadku wyboru na podwykonawcę zadania, dalszej korespondencji dotyczącej zawarcia i realizacji umowy,
8. jestem świadomy, że oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia,
9. kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem.

\*właściwe zaznaczyć

**Część III - *INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI***

**Opis zasobów Oferenta (kadrowych, sprzętowych, infrastrukturalnych), zapewniających prawidłowe wykonanie zadań programu w zakresie objętym konkursem ofert.**

1. Liczba oczekujących na przeszczepienie nerki ponad 36 miesięcy (wg danych na 31 października 2021 r.) wysokoimmunizowanych chorych zgłoszonych do krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie nerki, przez ośrodek kwalifikujący działający w publicznym podmiocie leczniczym, który jest Oferentem.

 ……………….(wpisać liczbę)

1. Liczba wykonanych przez Oferenta przeszczepień nerek w latach 2018-2021 (do 30 czerwca 2021 r.)

|  |  |
| --- | --- |
| Rok  | Liczba przeszczepień nerek  |
| 2018 |  |
| 2019 |  |
| 2020 |  |
| 2021[[7]](#footnote-7) |  |
| Razem |  |

1. Liczba wykonanych przez Oferenta przeszczepień nerek pobranych od żywego dawcy w latach 2018-2021 (do 30 czerwca 2021 r.)

|  |  |
| --- | --- |
| Rok  | Liczba przeszczepień nerek od żywego dawcy |
| 2018 |  |
| 2019 |  |
| 2020 |  |
| 20217 |  |
| Razem |  |

1. Liczba potencjalnych żywych dawców zidentyfikowanych i zakwalifikowanych (wstępnie) przez Oferenta do pobrania nerki w latach 2018-2021 (do 30 czerwca 2021 r.)

 ……………….(wpisać liczbę)

1. Czy oferent zatrudnia szpitalnego koordynatora pobierania narządów?

 ……………. (wpisać TAK lub NIE).

1. Czy oferent zatrudnia koordynatora pobierania i przeszczepiania nerki od żywego dawcy?

 ……………. (wpisać TAK lub NIE).

1. Liczba par, u których wykonano, i które zgłoszono do przeszczepienia krzyżowego albo łańcuchowego w latach 2018-2021 r. (do 30 czerwca 2021 r.)

 ……………….(wpisać liczbę)

1. Liczba zatrudnionych przez Oferenta, w ramach komórki organizacyjnej, w której realizuje pobrania i przeszczepienia nerki, lekarzy posiadających lub będących w trakcie specjalizacji z transplantologii klinicznej

 ……………….(wpisać liczbę)

Pozostałe informacje o zasobach[[8]](#footnote-8):

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

|  |
| --- |
| …………………………………………… |
| podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Oferenta |

**/dokument podpisany elektronicznie/**

1. W przypadku jeżeli jest to osoba inna bądź są to osoby inne niż wskazane we właściwym dokumencie rejestrowym do reprezentacji Oferenta. [↑](#footnote-ref-1)
2. 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 2021 r. poz. 711, z późn. zm.), 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, notariusza, radcę prawnego albo adwokata. [↑](#footnote-ref-2)
3. 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 2020 r. poz. 2080, z późn. zm.) [↑](#footnote-ref-3)
4. art. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2020 r. poz. 2176) [↑](#footnote-ref-4)
5. ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2020 r. poz. 2134) [↑](#footnote-ref-5)
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 2060). [↑](#footnote-ref-6)
7. do 30 czerwca 2021 r. [↑](#footnote-ref-7)
8. w razie konieczności dodać wiersze [↑](#footnote-ref-8)