

## **Sposób złożenia oferty w konkursie na realizację programu pilotażowego POZ PLUS**

1. Ofertę należy złożyć w oddziale wojewódzkim Funduszu właściwym ze względu na miejsce udzielania świadczeń wskazane w ofercie, w terminie i miejscu wskazanym w ogłoszeniu o konkursie ofert.
2. Jedna oferta jest składana w odniesieniu do wszystkich miejsc udzielania świadczeń występujących w jednej lokalizacji, wskazanych w umowie podstawowej POZ.
3. Ofertę należy złożyć zgodnie z przedmiotem zamówienia określonym w ogłoszeniu o konkursie.
4. Oferta powinna spełniać warunki wymagane określone w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej POZ PLUS.
5. Materiały informacyjne dotyczące konkursu są pobierane przez oferenta w formie elektronicznej, w miejscu i terminie wskazanym w ogłoszeniu o konkursie.
6. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej oraz elektronicznej.
7. Oferta w formie pisemnej obejmuje:
  - 1) wydruk formularza ofertowego, zgodny z jego wersją elektroniczną, opatrzone na każdej stronie kolejnym numerem oraz podpisami lub parafami osób uprawnionych do reprezentowania oferenta;
  - 2) listę osób upoważnionych do reprezentowania oferenta wraz ze wzorami podpisów, zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 1 do oferty**;
  - 3) informację o liczbie osób objętych opieką wg stanu na dzień wskazany w ogłoszeniu o konkursie wraz z informacją o wymiarze czasu pracy koordynatora (liczbie etatów przeliczeniowych), zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 2 do oferty**;
  - 4) ofertę w zakresie liczby planowanych do wykonania profilaktycznych badań bilansowych, zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 3 do oferty**;
  - 5) informację o przewidywanej liczbie osób, które zostaną zakwalifikowane do programu zarządzania chorobą, zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 4 do oferty**;
  - 6) wniosek w sprawie rachunku bankowego, zgodne ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 5a do oferty**;
  - 7) oświadczenie w sprawie rachunku bankowego służącego do rozliczenia grantów, zgodne ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 5b do oferty**;
  - 8) oświadczenie oferenta, zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 6 do oferty**;
  - 9) w przypadku, gdy oferent wyraża zgodę na doręczanie przez komisję konkursową oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej - zgodę oferenta zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 7 do oferty**.
8. Formularz ofertowy jest sporządzany z użyciem aplikacji ofertowej, w sposób określony przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w regulaminie technicznym przygotowania oferty.
9. Formularz ofertowy zawiera w szczególności:
  - 1) dane identyfikacyjne oferenta;
  - 2) wykaz personelu z opisem kompetencji; oferent, na wezwanie komisji konkursowej, jest obowiązany udokumentować gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy o realizację pilotażu przez każdą z

osób wymienionych w wykazie. Dokumentem potwierdzającym gotowość udzielania świadczeń jest umowa cywilnoprawna zawarta ze współrealizatorem, w szczególności umowa o pracę lub pisemne zobowiązanie do zawarcia umowy;

- 3) wykaz zasobów;
  - 4) wykaz miejsc udzielania świadczeń;
  - 5) ankietę.
10. Oferent obowiązany jest do zapoznania się z narzędziami informatycznymi określonymi przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w regulaminie technicznym przygotowania oferty.
11. W celu przygotowania oferty oferent obowiązany jest w szczególności do:
- 1) pobrania materiałów niezbędnych do przygotowania oferty wraz z ofertą elektroniczną;
  - 2) zarejestrowania profilu świadczeniodawcy z użyciem Portalu NFZ;
  - 3) przygotowania formularza ofertowego i oferty elektronicznej na podstawie zapytania ofertowego i danych zawartych w profilu świadczeniodawcy;
  - 4) utrwalenia oferty elektronicznej na nośniku elektronicznym, z opisem zawierającym następujące informacje: wyraz „oferta”, nazwa i adres oferenta, kod i przedmiot konkursu ofert;
  - 5) wydrukowania formularza ofertowego zgodnego z ofertą elektroniczną, a następnie opatrzenia każdej strony tego wydruku kolejnym numerem oraz podpisami lub parafami osób uprawnionych do reprezentowania oferenta, zgodnymi z załączonym wzorem podpisów;
  - 6) umieszczenia wydruku formularza ofertowego oraz nośnika elektronicznego z ofertą elektroniczną w zaklejonej kopercie. Opis koperty powinien zawierać następujące informacje: wyraz „oferta”, nazwa i adres oferenta, kod i przedmiot konkursu ofert;
  - 7) umieszczenia koperty, o której mowa w pkt. 11.6, wewnątrz koperty lub paczki zawierającej pozostałe dokumenty określone w pkt. 7.1 – 7.10. Każdą stronę dokumentów załączonych do oferty należy opatrzyć kolejnym numerem oraz podpisami lub parafami osób uprawnionych do reprezentowania oferenta, zgodnymi z załączonym wzorem podpisów;
  - 8) umieszczenia na kopercie lub paczce, o której mowa w pkt. 11.7, informacji według wzoru stanowiącego **załącznik nr 8** oraz wydruku formularza rejestracyjnego zawierającego kod graficzny wygenerowany z aplikacji ofertowej.
12. W przypadku osobistego złożenia oferty oferent otrzymuje potwierdzenie jej złożenia zawierające datę złożenia oraz numer z rejestru ofert, zgodny ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 9**.
13. Ofertę przesłaną drogą pocztową uważa się za złożoną w terminie, jeżeli:
- 1) data jej nadania w polskiej placówce pocztowej operatora wyznaczonego w rozumieniu ustawy z dnia 12 lipca 2017 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 1481) lub w placówce pocztowej operatora świadczącego pocztowe usługi powszechne w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej nie jest późniejsza niż termin składania ofert określony w ogłoszeniu; oraz
  - 2) wpłynie ona do oddziału wojewódzkiego Funduszu nie później niż jeden dzień przed terminem otwarcia ofert.
14. Oferent może uzupełnić złożoną przez siebie ofertę pod warunkiem, że oddział Funduszu otrzyma pisemne powiadomienie o uzupełnieniu oferty przed upływem

terminu składania ofert. Powiadomienie powinno być oznaczone w taki sam sposób jak oferta oraz dodatkowo zawierać wskazanie „UZUPEŁNIENIE OFERTY”.

15. Oferent może przed upływem terminu składania ofert wycofać złożoną przez siebie ofertę pod warunkiem, że oddział wojewódzki Funduszu otrzyma pisemne oświadczenie oferenta o wycofaniu oferty. W przypadku wycofania oferty oferent może, przed upływem terminu składania ofert, złożyć nową ofertę z zachowaniem warunków określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej POZ PLUS.
16. Po upływie terminu składania ofert, złożone oferty wraz z załączonymi dokumentami nie podlegają zwrotowi.
17. W przypadku wezwania oferenta przez komisję konkursową do usunięcia braków, oferent wykonuje wskazane czynności w terminie wskazanym w wezwaniu. Jeżeli oferent wykonuje wezwanie komisji konkursowej przez przesłanie dokumentów lub oświadczeń drogą pocztową, termin wykonania wezwania jest zachowany, jeżeli data stempla pocztowego (data nadania) nie jest późniejsza niż termin określony w wezwaniu do usunięcia braków. Kopertę lub paczkę zawierającą dokumenty lub oświadczenia stanowiące realizację wezwania komisji do usunięcia braków formalnych oferty oznacza się jak ofertę oraz dodatkowo umieszcza się wskazanie „USUNIĘCIE BRAKÓW FORMALNYCH”.
18. Oferent wskazany do przeprowadzenia audytu ex-ante jest obowiązany do poddania się audytowi w terminie wskazanym w zawiadomieniu o audycie ex-ante. Oferent jest obowiązany do potwierdzenia wyniku audytu ex-ante poprzez złożenie podpisu pod protokołem. Odmowa poddania się audytowi ex-ante jest równoznaczna z odrzuceniem oferty.
  - 1) w przypadku, gdy audyt ex-ante wykaże, że warunki wymagane dotyczące stopnia przygotowania systemu informatycznego świadczeniodawcy do realizacji zadań wynikających z programu pilotażowego POZ PLUS nie zostały spełnione - oferta podlega odrzuceniu z powodu niespełnienia warunków wymaganych;
  - 2) w przypadku, gdy audyt ex-ante wykaże, że warunki dodatkowo oceniane dotyczące stopnia przygotowania systemu informatycznego świadczeniodawcy do realizacji zadań wynikających z programu pilotażowego POZ PLUS nie zostały spełnione, a oferent wskazał w ofercie, że je spełnia – oferta jest skorygowana w zakresie liczby przyznanych punktów. Oferent wyraża zgodę na zmianę przez komisję konkursową liczby punktów w zakresie wskazanym w protokole ex-ante poprzez złożenie podpisu pod protokołem;
  - 3) w przypadku, gdy audyt ex-ante wykaże, że warunki wymagane i dodatkowo oceniane wskazane w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym – oferent zostanie zakwalifikowany do zawarcia umowy.

**Załączniki do oferty:**

1. **Załącznik nr 1 do oferty** - Lista osób upoważnionych do reprezentowania oferenta wraz ze wzorami podpisów.
2. **Załącznik nr 2 do oferty** - Informacja o liczbie osób objętych opieką wg stanu na dzień wskazany w ogłoszeniu o konkursie wraz z informacją o wymiarze czasu pracy koordynatora.
3. **Załącznik nr 3 do oferty** - Oferta w zakresie liczby planowanych do wykonania profilaktycznych badań bilansowych.
4. **Załącznik nr 4 do oferty** - Przewidywana liczba osób, które zostaną zakwalifikowane do programu zarządzania chorobą w trakcie trwania umowy
5. **Załącznik nr 5a do oferty** - Wniosek w sprawie rachunku bankowego.
6. **Załącznik nr 5b do oferty** - Oświadczenie w sprawie rachunku bankowego, służącego do rozliczenia grantów.
7. **Załącznik nr 6 do oferty** - Oświadczenie oferenta.
8. **Załącznik nr 7 do oferty** (nieobligatoryjny) - zgoda na doręczanie przez komisję konkursową oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

**Pozostałe załączniki:**

1. Załącznik nr 8 – Oznaczenie oferty/ Uzupełnienia oferty/ Wycofania oferty.
2. Załącznik nr 9 - Potwierdzenie złożenia oferty/ Uzupełnienia oferty/ Wycofania oferty.

Załącznik nr 1 do oferty

*Miejscowość, data*

Dane Oferenta:

Nazwa: .....

adres: .....

nr telefonu: .....

**WZÓR PODPISU I PARAFY OSOBY PODPISUJĄCEJ FORMULARZ OFERTOWY  
i OFERTĘ**

| <b>L. p.</b> | <b>Czytelnie imię i nazwisko</b> | <b>Podpis</b> | <b>Parafa</b> |
|--------------|----------------------------------|---------------|---------------|
|              |                                  |               |               |
|              |                                  |               |               |
|              |                                  |               |               |
|              |                                  |               |               |

Miejscowość, data

Dane Oferenta:

Nazwa: .....

Adres miejsca udzielania świadczeń: .....

**Informacja o liczbie osób objętych opieką wg stanu na dzień wskazany  
w ogłoszeniu o konkursie wraz z informacją o wymiarze czasu pracy  
koordynatora**

1. Liczba osób objętych opieką lekarza POZ w miejscu/miejscach udzielania świadczeń wskazanych w ofercie wg stanu na dzień podany w ogłoszeniu o konkursie ofert wynosi: .....
2. Wskazana w pkt. 1 liczba osób objętych opieką uprawnia do zatrudnienia koordynatora w wymiarze ..... etatu przeliczeniowego\*.

(należy podać wymiar etatu przeliczeniowego, z dokładnością do ¼ etatu)

.....  
Podpis/y i pieczęć Świadczeniodawcy

\*Grant koordynacyjny jest przeznaczony na sfinansowanie wynagrodzenia w wymiarze jednego etatu przeliczeniowego w odniesieniu do populacji 2 500 świadczeniodawców objętych opieką lekarza POZ w miejscu udzielania świadczeń. W przypadku, gdy liczba podana w pkt. 1 przekracza 2 500 osób, realizatorowi programu pilotażowego przysługuje grant koordynacyjny na sfinansowanie wynagrodzenia kolejnego koordynatora, w wymiarze 1/4 etatu przeliczeniowego na każde rozpoczęte 2 500 osób objętych opieką. Maksymalna wysokość grantu koordynacyjnego przeznaczona na sfinansowanie wynagrodzenia 1 koordynatora (1 etatu przeliczeniowego) wraz z pochodnymi wynosi 5 000 zł./m-c.

Załącznik nr 3 do oferty

Miejscowość, data

Dane Oferenta:

Nazwa: .....

Adres miejsca udzielania świadczeń: .....

**Oferta w zakresie liczby planowanych do wykonania  
badań bilansowych**

Deklaruję, że w okresie obowiązywania umowy wykonam ..... badań  
(liczba bilansów)  
bilansowych, co stanowi .....% populacji uprawnionej do przeprowadzenia badań  
(procent populacji uprawnionej)  
bilansowych\*.

.....  
Podpis/y i pieczęć Świadczeniodawcy

\*Podana liczba bilansów nie powinna być mniejsza niż minimalny wskaźnik profilaktycznych badań bilansowych, o którym mowa w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej POZ PLUS.

Załącznik nr 4 do oferty

*Miejscowość, data*

Dane Oferenta:

Nazwa: .....

adres miejsca udzielania świadczeń: .....

Przewidywana liczba osób zakwalifikowanych do programu zarządzania chorobą stanowi 30% populacji w wieku powyżej 18 r. ż., objętej opieką lekarza POZ w miejscu udzielania świadczeń i wynosi :.....osoby/osób\*.

.....  
Podpis/y i pieczęć Świadczeniodawcy

\*Średni szacowany koszt objęcia programem zarządzania chorobą wynosi 965 zł/rok (bez kosztów osobomiesiąca).

Kod Oddziału Wojewódzkiego  
Dane Oferenta / Świadczeniodawcy

**Wniosek w sprawie rachunku bankowego, służącego do rozliczenia świadczeń finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia**

Wnoszę o wpisanie numeru rachunku bankowego do przyszłej umowy o realizację programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej POZ PLUS:

numer rachunku bankowego:

.....

dane posiadacza rachunku bankowego

.....

.....

Podpis/y i pieczęć Świadczeniodawcy

*Miejscowość, data*

Kod Oddziału Wojewódzkiego  
Dane Oferenta / Świadczeniodawcy

**Oświadczenie w sprawie rachunku bankowego służącego do rozliczenia grantów**

Oświadczam, że przekażę numer rachunku bankowego służącego do rozliczania grantów w terminie do dnia podpisania umowy o realizację programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej POZ PLUS.

.....  
Podpis/y i pieczęć Świadczeniodawcy

Dane Oferenta:

Nazwa: .....

adres: .....

nr telefonu: .....

## OŚWIADCZENIA OFERENTA

### **Oświadczam, że jako oferent:**

- 1) zapoznałem się z przepisami zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej POZ PLUS oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania;
- 2) zapoznałem się z regulaminem technicznym przygotowania oferty określonym przez dyrektora Oddziału Funduszu;
- 3) zapoznałem się z aplikacjami informatycznymi określonymi przez dyrektora Oddziału Funduszu w regulaminie technicznym przygotowania oferty;
- 4) zapoznałem się z aktualnymi Wytycznymi kwalifikowalności wydatków w ramach POWER;
- 5) nie jestem wykluczony z możliwości otrzymania dofinansowania ze środków pochodzących z Unii Europejskiej na podstawie odrębnych przepisów;
- 6) dane przedstawione w ofercie i niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....

Podpis/y i pieczęć Świadczeniodawcy

Miejscowość, data

Dane świadczeniodawcy:

Nazwa: .....

adres: .....

nr telefonu: .....

Kod konkursu:

**ZGODA\* NA DORĘCZANIE PRZEZ KOMISJĘ KONKURSOWĄ  
OŚWIADCZEŃ I ZAWIADOMIEŃ ZA POŚREDNICTWEM ŚRODKÓW KOMUNIKACJI  
ELEKTRONICZNEJ**

Wyrażam zgodę na doręczanie przez komisję konkursową oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23.07.2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE (Dz. Urz. UE L 257 z 28.08.2014, str. 73)

.....  
(adres poczty elektronicznej oferenta)

\*Wyrażenie zgody ma charakter fakultatywny i do wyłącznej decyzji świadczeniodawcy należy podanie adresu poczty elektronicznej, na który komisja konkursowa może doręczać oświadczenia i zawiadomienia.

.....  
*Data i podpis świadczeniodawcy lub osoby upoważnionej*

**OZNACZENIE OFERTY/ UZUPEŁNIENIA OFERTY/ WYCOFANIA OFERTY\***

|  |
|--|
| <p>NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA</p> <p>..... Oddział Wojewódzki Funduszu w .....</p> <p><b>OFERTA: Konkurs ofert</b> ..... (rok)</p> <p>.....</p> <p>(nazwa rodzaju i zakresu świadczeń będącego przedmiotem konkursu oraz obszaru kontraktowania - zgodnie z ogłoszeniem o konkursie)</p> |
| <p>.....</p> <p>(kod konkursu - zgodnie z ogłoszeniem o konkursie)</p>   |
| <p>(pełna nazwa oferenta - zgodna z właściwym rejestrem, identyfikator techniczny oferenta)</p>  |
| <p>(adres siedziby oferenta - zgodny z właściwym rejestrem)</p>  |
| <p>(oferent – pieczęć, podpis, data)</p>   |
| <p>Wydruk formularza rejestracyjnego z kodem paskowym (należy przykleić lub nadrukować)</p>  |

\* niepotrzebne skreślić

**POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA OFERTY/ UZUPEŁNIENIA OFERTY/ WYCOFANIA OFERTY\***

|  |                          |
|--|--------------------------|
| NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA   |                          |
| ..... Oddział Wojewódzki Funduszu w .....  |                          |
| OFERTA: Konkurs ofert ..... (rok)  |                          |
| .....<br>(nazwa rodzaju i zakresu świadczeń będącego przedmiotem konkursu oraz obszaru kontraktowania - zgodnie z ogłoszeniem o konkursie) |                          |
| .....<br>(kod konkursu - zgodnie z ogłoszeniem o konkursie)  |                          |
| (pełna nazwa oferenta - zgodna z właściwym rejestrem, identyfikator techniczny oferenta)   |                          |
| (adres siedziby oferenta - zgodny z właściwym rejestrem)   |                          |
| (data złożenia oferty: dd.mm.rrrr)   | (numer z rejestru ofert) |
| (Oddział Funduszu - potwierdzenie złożenia oferty: pieczęć, podpis, data)  |                          |

\* niepotrzebne skreślić