# Załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 34/2024 Prezydenta Miasta Włocławek z dnia 6 lutego 2024 r.

**OFERTA**

program polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek w 2024 roku”

1. **Dane dotyczące Oferenta**
2. Pełna nazwa Oferenta:
3. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, e-mail:
4. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i organ prowadzący rejestr:
5. Nr identyfikacyjny NIP:
6. Nr identyfikacyjny Regon:
7. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta:
8. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:
9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:
10. Personel udzielający świadczeń i podejmujący działania w ramach programu (imię i nazwisko, wykształcenie – tytuł naukowy lub stopień naukowy, kompetencje i doświadczenie zawodowe w wykonywaniu zadań będących przedmiotem konkursu, zakres obowiązków w ramach realizacji programu):
11. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych i wyposażenia):
12. Doświadczenie Oferenta:
	1. w realizacji procedur zapłodnienia pozaustrojowego (w tym skuteczność przeprowadzonych procedur)
	2. w realizacji programów polityki zdrowotnej we współpracy z administracją publiczną.
13. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty (np. rekomendacje, certyfikaty):
14. **Informacje o programie**
15. Planowane działania informacyjne:
16. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych (dni i godziny pracy, sposób rejestracji uczestników programu, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do udziału w programie):
17. Harmonogram programu (terminy realizacji poszczególnych działań):
18. Uczestnicy programu (deklarowana liczba par, organizacja naboru do programu):
19. Liczba osób zamieszkujących we Włocławku, którym Oferent aktualnie udziela świadczeń w zakresie określonym w programie:
20. **Plan finansowy – preliminarz kosztów**
21. Kosztorys:
	1. Leczenie niepłodności – procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego (liczba pacjentek, koszt jednostkowy procedury w złotych, wnioskowane dofinansowanie do procedury w złotych, koszt całkowity w złotych, wysokość dofinansowania w złotych)
	2. Leczenie niepłodności – procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie (liczba pacjentek, koszt jednostkowy procedury w złotych, wnioskowane dofinansowanie do procedury w złotych, koszt całkowity w złotych, wysokość dofinansowania w złotych)
	3. Leczenie niepłodności – procedura dawstwa zarodka w ramach dawstwa innego niż partnerskie (w tym koszty przechowywania, przetwarzania, dystrybucji, zastosowania zarodka uzyskanego od dawców) (liczba pacjentek, koszt jednostkowy procedury w złotych, wnioskowane dofinansowanie do procedury w złotych, koszt całkowity w złotych, wysokość dofinansowania w złotych)
	4. Ogółem – kwota brutto w złotych, w tym słownie

\*maksymalne dofinansowanie do 1 procedury wynosi 7 000 zł

1. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:
2. **Oświadczenia Oferenta:**

Oferent oświadcza, że:

1. informacje o kwalifikacjach osób wskazanych w ofercie, które będą udzielały świadczeń w związku z realizacją programu, są zgodne z wymaganiami obowiązujących przepisów i aktualnym stanem faktycznym w zakresie posiadanych uprawnień, kwalifikacji i doświadczenia zawodowego,
2. zapewnia właściwy sprzęt medyczny niezbędny do prawidłowej realizacji programu,
3. stosuje standardy zgodne z aktualnymi rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGP) oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRiE) w zakresie diagnostyki i leczenia niepłodności,
4. respektuje rekomendacje pacjenckie w leczeniu niepłodności Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji NASZ BOCIAN,
5. realizuje Europejski Program Monitoringu Wyników Leczenia Metodami Zapłodnienia Pozaustrojowego - European IVF Monitoring (EIM),
6. posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie w zakresie zapewnienia realizacji wymagań dla osób ze szczególnymi potrzebami,
7. świadczenia wykonywane w ramach programu polityki zdrowotnej nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.
8. zapoznał się z treścią „Programu wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok” stanowiącego załącznik do Uchwały Nr LXXII/6/2024 Rady Miasta Włocławek z dnia 30 stycznia 2024 r.,
9. zapoznał się z treścią ogłoszenia Prezydenta Miasta Włocławek,
10. zapoznał się z wzorem i zaakceptował warunki umowy,
11. wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych do reprezentowania oferenta

**Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty:**

1. aktualny wydruk/odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument potwierdzający formę organizacyjną podmiotu,
2. upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez Oferenta,
3. kopie decyzji Ministra Zdrowia - pozwolenie na prowadzenie ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji, oraz pozwolenie na wykonywanie czynności banku komórek rozrodczych i zarodków.
4. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu,

Pouczenie:

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól.
2. Kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.