# Załącznik nr 2

do Zarządzenia Nr 34/2024

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 6 lutego 2024 r.

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

(pieczątka firmowa Oferenta) (miejscowość, data)

### OFERTA

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

***I. Dane dotyczące Oferenta***

1. Pełna nazwa Oferenta:

|  |
| --- |
|  |

1. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, e-mail:

|  |
| --- |
|  |

1. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i organ prowadzący rejestr:

|  |
| --- |
|  |

1. Nr identyfikacyjny NIP:

|  |
| --- |
|  |

1. Nr identyfikacyjny Regon:

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta:

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

|  |
| --- |
|  |

1. Personel udzielający świadczeń i podejmujący działania w ramach programu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | 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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych i wyposażenia):

|  |
| --- |
|  |

1. Doświadczenie Oferenta):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1) | w realizacji procedur zapłodnienia pozaustrojowego (w tym skuteczność przeprowadzonych procedur) |  |
| 2) | w realizacji programów polityki zdrowotnej we współpracy  z administracją publiczną |  |

1. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty (np. rekomendacje, certyfikaty):

|  |
| --- |
|  |

***II. Informacje o programie***

1. Planowane działania informacyjne:

|  |
| --- |
|  |

1. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych (dni i godziny pracy, sposób rejestracji uczestników programu, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do udziału w programie):

|  |
| --- |
|  |

1. Harmonogram programu (terminy realizacji poszczególnych działań):

|  |
| --- |
|  |

1. Uczestnicy programu (deklarowana liczba par, organizacja naboru do programu):

|  |
| --- |
|  |

1. Liczba osób zamieszkujących we Włocławku, którym Oferent aktualnie udziela świadczeń **w zakresie określonym w programie**:

|  |
| --- |
|  |

***III. Plan finansowy – preliminarz kosztów***

1. Kosztorys:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Świadczenie | Liczba pacjentek | Koszty realizacji | | | |
| Koszt jednostkowy procedury  (w zł) | Wnioskowane dofinansowanie  do procedury\*  (w zł) | Koszt całkowity  (w zł) | Wysokość  wnioskowanego dofinansowania  (w zł) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 (3x4) | 7 (3x5) |
| 1. | Leczenie niepłodności – procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego |  |  |  |  |  |
| 2. | Leczenie niepłodności – procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie |  |  |  |  |  |
| 3. | Leczenie niepłodności – procedura dawstwa zarodka w ramach dawstwa innego niż partnerskie (w tym koszty przechowywania, przetwarzania, dystrybucji, zastosowania zarodka uzyskanego od dawców) |  |  |  |  |  |
|  | **Ogółem - kwota brutto w zł:** | | | | |  |
|  | słownie: | | | | | |

*\*.maksymalne dofinansowanie do 1 procedury wynosi 7 000 zł*

1. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

|  |
| --- |
|  |

***IV. 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.