Załącznik nr 2

do Szczegółowych warunków konkursu ofert   
na wybór realizatorów

programu polityki zdrowotnej   
„Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego   
dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2017-2020”

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

*/Pieczątka firmowa Oferenta/*

Pełna nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą: ......................................................

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

Adres wraz z kodem pocztowym: .................................................................................................

**Oświadczenia Oferenta**

*Oferent oświadcza, że na dzień złożenia oferty:*

1) w stosunku do Oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych, a w stosunku do osób uprawnionych do reprezentowania Oferenta nie orzeczono zakazu pełnienia funkcji związanych   
z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie są one karane za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;

2) jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki   
i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym;

3) spełnia wymagania określone w przepisach odrębnych, w szczególności w ustawie z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności;

4) dysponuje odpowiednią doświadczoną kadrą oraz aparaturą i posiada odpowiednie warunki do prowadzenia leczenia;

5) posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji zadania;

6) realizuje Europejski program monitoringu wyników leczenia metodami zapłodnienia pozaustrojowego European IVF Monitoring (EIM) i raportuje dane do Europejskiego Raportu ESHRE;

7) w trakcie leczenia stosuje wytyczne zawarte w Algorytmach Diagnostyczno-Leczniczych w Niepłodności, opracowane przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu   
i Embriologii oraz Sekcję Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, a także wytyczne zawarte w rekomendacjach pacjenckich w leczeniu niepłodności Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian”;

8) wykonał co najmniej 100 procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie i działa   
od co najmniej roku;

9) zapoznał się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi warunkami konkursu ofert;

10) jest świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Poznań, dnia ………................... 2017 r.

………………………………

czytelne podpisy i pieczątki

osób uprawnionych

do reprezentowania Oferenta