

FORMULARZ OFERTOWY

### *Załącznik nr 1 do Ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024”.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. DANE OFERENTA** | | |
| **Pełna nazwa podmiotu**  **składającego ofertę** |  | |
| **Dokładny adres**  Ulica/nr  Miejscowość/kod pocztowy  Telefon/fax |  | |
| **Adres e-mail** |  | |
| **Forma prawna** |  | |
| **Osoba prawna upoważniona do reprezentowania Oferenta**  *(nazwisko i imię,*  *tel.kontaktowy, e-mail)* |  | |
| **Organ założycielski** **lub właściciel** |  | |
| **Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli posiada)** |  | |
| **NIP** |  | |
| **REGON** |  | |
| **Nazwa banku**  **i numer rachunku bankowego** |  | |
| **Osoba uprawniona do kontaktów z ogłoszeniodawcą w sprawie złożonej oferty**  *(imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail)* |  | |
| **Deklarowany okres realizacji Programu** | **Od:** | **Do:** |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **II. OPIS DZIAŁAŃ PLANOWANYCH DO REALIZACJI W RAMACH PROGRAMU** | | |
| **1.** | **Zapraszanie/rekrutacja par do Programu** |  |
| **2.** | **Organizacja Programu** |  |
| **3.** | **Interwencje podejmowane w ramach Programu** |  |
| **4.** | **Dostępność usług realizowanych w ramach Programu** |  |
| **5.** | **Monitorowanie i ewaluacja usług realizowanych w ramach Programu** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. DOŚWIADCZENIE OFERENTA I SKUTECZNOŚĆ REALIZACJI PROGRAMU** | | | | | | | | | | | | |
| **1.** | Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją programów polityki zdrowotnej z zakresu leczenia niepłodności we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego i/lub z realizacją „Programu – Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013-2016” Ministerstwa Zdrowia | | | | | | | | | | | |
| *Nazwa programu* | | | | | *Organ administracji rządowej lub samorządowej* | | | | *Rok realizacji* | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | |
| **2.** | Skuteczność zapłodnienia pozaustrojowego IVF/ICSI udokumentowana w raportach do konsorcjum udokumentowana w raportach do konsorcjum European IVF-monitoring (EIM) prowadzonego przez ESHRE w okresie ostatnich 5 lat | | | | | | | | | | | |
| *Rok* | | | *Brak powstałej ciąży klinicznej* | *Ciąża kliniczna pojedyncza* | | *Ciąża kliniczna wielopłodowa* | | *Suma transferów* | | *Ciąże kliniczne łącznie* | | *Stosunek liczby ciąż klinicznych do liczby transferów (w %)* |
| 2019 | | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 2018 | | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 2017 | | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 2016 | | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 2015 | | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| **3.** | Skuteczność zapłodnienia pozaustrojowego IVF/ICSI w odniesieniu do liczby procedur przewidzianych w Programie – liczba ciąż w stosunku do liczby 400 procedur rocznie przeprowadzonych w okresie ostatnich 3 lat | | | | | | | | | | | |
| *Rok* | | *Dane dot. 400 transferów* | | | | | *Brak powstałej ciąży klinicznej* | | | | *Ciąże kliniczne łącznie (pojedyncze i wielopłodowe)* | |
| 2019 | |  | | | | |  | | | |  | |
| 2018 | |  | | | | |  | | | |  | |
| 2017 | |  | | | | |  | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IV. KOMPETENCJE I KWALIFIKACJE OFERENTA** | | | | | |
| **1.** | **Kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w realizacji Programu** | | | | |
| ***Lp.*** | ***Imię i Nazwisko*** | ***Tytuł lub stopień naukowy*** | ***Uzyskane Specjalizacje*** | ***Numer prawa wykonywania zawodu*** | ***Doświadczenie w leczeniu metodą zapłodnienia pozaustrojowego (tak/nie)*** |
| **lekarze specjaliści z zakresu ginekologii i położnictwa** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **lekarze i specjaliści legitymujący się uprawnieniami z zakresu stosowania metod wspomaganego rozrodu** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Anestezjolog/anestezjolodzy** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **pielęgniarki i położne** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **psycholog** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Osoba/y odpowiedzialna za system jakości** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Sprzęt i aparatura przeznaczona na realizację Programu** | | | | |
|  | | | | | |
| **3.** | **Przechowywanie zarodków w banku komórek rozrodczych i zarodków w ramach realizacji Programu** | | | | |
|  | | | | | |
| **4.** | **Przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji medycznej** | | | | |
|  | | | | | |
| **5.** | **Nagrody i certyfikaty potwierdzające jakość usług świadczonych przez Oferenta** | | | | |
|  | | | | | |

|  |
| --- |
| **V. UWAGI OFERENTA ISTOTNE DLA OCENY OFERTY** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VI. OŚWIADCZENIA OFERENTA** | |
|  | Oświadczam, że informacje o kwalifikacjach osób wskazanych w ofercie, które będą udzielały świadczeń w związku z realizacją Programu, są zgodne z wymaganiami obowiązujących przepisów prawnych i aktualnym stanem faktycznym w zakresie posiadanych uprawnień, kwalifikacji i doświadczenia zawodowego  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada lokal usytuowany na terenie miasta Poznania niezbędny do prawidłowej realizacji Programu  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapewnia właściwy sprzęt medyczny niezbędny do prawidłowej realizacji Programu  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę stosuje standardy zgodne z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę raportował przez okres ostatnich 3 lat od złożenia oferty wyniki leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego i stosowania metod wspomaganego rozrodu do Europejskiego Program Monitoringu Wyników Leczenia Metodami Zapłodnienia Pozaustrojowego - European IVF Monitoring (EIM)  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę i realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że jako osoba uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę, nie jestem ani nie byłam/em objęta/y zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz karana/y za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który w przypadku zawarcia umowy ze Zleceniodawcą, zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem finansowanym z budżetu Miasta Poznania, udzielonych uczestnikom tego programu, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę zobowiązuje się do ochrony danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) –zwanego dalej RODO  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapoznał się z treścią niniejszego ogłoszenia konkursowego w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024**”**  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |

Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:

1. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS (jeżeli dotyczy)
2. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG (jeżeli dotyczy);
3. Statut podmiotu (w przypadku obowiązku sporządzania statutu) lub regulamin organizacyjny (w przypadku obowiązku posiadania regulaminu);
4. Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
5. Dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej Okręgowej Rady Lekarskiej (w przypadku praktyk zawodowych lekarzy indywidualnych lub grupowych);
6. Zezwolenie na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych);
7. Decyzję Ministra Zdrowia na wykonywanie czynności ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy o leczeniu niepłodności (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 442);
8. Decyzję Ministra Zdrowia o wykonywaniu czynności banku komórek rozrodczych i zarodków, o których mowa w art. 45 ustawy o leczeniu niepłodności (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 442);

Wszystkie dokumenty załączone do oferty powinny zostać przedstawione w formie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA** | **PIECZĄTKA OFERENTA** | **PODPIS**  ***Osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta***  ***W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika Podwykonawców*** |
|  |  |  |