

# Załącznik nr 3

# do Regulaminu pracy

# komisji konkursowej

KARTA OCENY FORMALNEJ

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa oferenta** |  |
| **Nr oferty** |  |
| **Nazwa konkursu** | Konkurs na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pod nazwą: „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024”. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OCENA FORMALNA** | | | |
| **Kryteria oceny formalnej**  */analiza formalna odbywa się poprzez wskazanie w odpowiedniej kolumnie znaku „x”, jeżeli kryterium jest spełnione lub też wówczas, gdy nie jest spełnione/* | | **Spełnia** | **Nie spełnia** |
|  | Zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS (jeżeli dotyczy) |  |  |
|  | Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG (jeżeli dotyczy) |  |  |
|  | Statut podmiotu (w przypadku obowiązku sporządzania statutu) lub regulamin organizacyjny (w przypadku obowiązku posiadania regulaminu) |  |  |
|  | Dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą |  |  |
|  | Dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej Okręgowej Rady Lekarskiej (w przypadku praktyk zawodowych lekarzy indywidualnych lub grupowych) |  |  |
|  | Zezwolenie na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych) |  |  |
|  | 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) |  |  |
|  | 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) |  |  |
|  | Oświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń wymaganych w związku z programem |  |  |
|  | Oświadczenie potwierdzające posiadanie lokalu usytuowanego na terenie miasta Poznania niezbędnego do prawidłowej realizacji Programu |  |  |
|  | Oświadczenie potwierdzające zapewnienie właściwego sprzętu medycznego niezbędnego do prawidłowej realizacji Programu |  |  |
|  | Oświadczenie potwierdzające posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu |  |  |
|  | Oświadczenie potwierdzające stosowanie standardów zgodnych z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii |  |  |
|  | Oświadczenie o raportowaniu przez okres ostatnich 3 lat od złożenia oferty wyników leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego i stosowania metod wspomaganego rozrodu do Europejskiego Program Monitoringu Wyników Leczenia Metodami Zapłodnienia Pozaustrojowego – European IVF Monitoring (EIM) |  |  |
|  | Oświadczenie, że oferent realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców |  |  |
|  | Oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych |  |  |
|  | Oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe |  |  |
|  | Oświadczenie, 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 |  |  |
|  | Oświadczenie, że podmiot nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych programem finansowanym z budżetu Miasta Poznania, udzielonych uczestnikom tego Programu, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego |  |  |
|  | Oświadczenie oferenta o zobowiązaniu 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 |  |  |
|  | Oświadczenie o zapoznaniu 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” |  |  |
|  | Oświadczenie, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym |  |  |
|  | Oferta została złożona zgodnie z terminem określonym w ogłoszeniu konkursowym |  |  |
|  | Ofertę sporządzono w języku polskim na Formularzu ofertowym stanowiącym załącznik nr 1 do ogłoszenia konkursowego oraz na Formularzu kalkulacji kosztów realizacji Programu stanowiącym załącznik nr 2 do ogłoszenia |  |  |
|  | Wszystkie dokumenty złożone w konkursie zostały podpisane przez oferenta – osobę lub osoby uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta |  |  |
|  | W przypadku ustanowienia pełnomocnictwa do oferty dołączono pełnomocnictwo z podaniem jego zakresu |  |  |
|  | Kopie dokumentów wchodzących w skład oferty zostały poświadczone przez oferenta za zgodność z oryginałem |  |  |
| Podsumowanie | |  |  |
| **WYNIK OCENY FORMALNEJ OFERTY** | | | |
| Oferta spełnia/nie spełnia\* kryteriów formalnych i może /nie może\* podlegać ocenie merytorycznej | | | |

*\*niewłaściwe skreślić*

Analizę formalną przeprowadzono w dniu…………………………

…….…………………………………

Podpis sporządzającego

…….…………………………………

Podpis przewodniczącego komisji konkursowej