

FORMULARZ OFERTOWY

### Załącznik nr 1 do ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Zabezpieczenie płodności na przyszłość u mieszkańców Poznania chorych onkologicznie na lata 2024-2026”.

|  |
| --- |
| **I. DANE OFERENTA** |
| **Pełna nazwa podmiotu****składającego ofertę** |  |
| **Dokładny adres**ulica/nr miejscowość/kod pocztowytelefon/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**(Nazwisko i imię, tel. kontaktowy, adres e-mail) |  |
| **Deklarowany okres realizacji Programu** | **Od** | **Do** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **II. OPIS DZIAŁAŃ PLANOWANYCH DO REALIZACJI W RAMACH PROGRAMU** |
| **1.** | **Zapraszanie/rekrutacja 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.** | Dotychczasowe doświadczenie oferenta związane z realizacją działań informacyjnych i edukacyjnych prowadzonych na rzecz osób zagrożonych utratą płodności, w tym osób z chorobą nowotworową |
|  |
| **3.** | Efektywność w odniesieniu do liczby procedur przewidzianych w Programie – liczba roczna procedur zabezpieczenia płodności na przyszłość przeprowadzonych przez oferenta w okresie ostatnich 3 lat |
| *Rok* | *Liczba roczna przeprowadzonych procedur zabezpieczenia płodności na przyszłość (u mężczyzn i kobiet łącznie)* |
| 2023 |  |
| 2022 |  |
| 2021 |  |

|  |
| --- |
| **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/psychoonkolog** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **osoba(-by) odpowiedzialna(-ne) 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 położony w Poznaniu 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 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(-łem) objęta(-ty) zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz karana (-ny) 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).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. „Zabezpieczenie płodności na przyszłość u mieszkańców Poznania chorych onkologicznie na lata 2024-2026”.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;
8. decyzję Ministra Zdrowia o wykonywaniu czynności banku komórek rozrodczych i zarodków, o których mowa w art. 45 ustawy o leczeniu niepłodności.

**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** |
|  |  |  |