

.....
Data i miejsce złożenia formularza
(wypełnia organ administracji publicznej)

.....
(pieczęć podmiotu)

W Z Ó R

OFERTA

NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

**„Chcemy być rodzicami – program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia
pozaustrojowego – in vitro dla mieszkańców Mysłowic w latach 2021- 2024”
w roku 2023**

(nazwa programu - zgodnie z ogłoszeniem konkursowym)

okres realizacji od dnia podpisania umowy do 2023 roku

I. DANE O OFERENCIE

1. PEŁNA NAZWA OFERENTA ZGODNA Z WŁAŚCIWYM REJESTREM LUB DOKUMENTEM ZAŁOŻYCIELSKIM
.....
2. DOKŁADNY ADRES SIEDZIBY:.....
.....
TEL..... FAX.....
E-MAIL.....http://.....
DOKŁADNY ADRES MIEJSCA REALIZACJI PROGRAMU:
.....
3. FORMA PRAWNA
4. NUMER WPISU DO KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO LUB INNEGO REJESTRU/EWIDENCJI
.....
5. NUMER WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW LECZNICZYCH I ORGAN PROWADZĄCY REJESTR
.....
6. NR NIP
7. NAZWA BANKU I NR RACHUNKU
8. NAZWISKA I IMIONA OSÓB UPRAWNIONYCH DO SKŁADANIA OŚWIADCZEŃ WOLI W IMIENIU OFERENTA I DO PODPISYWANIA UMOWY NA REALIZACJĘ ZADANIA PUBLICZNEGO
.....
.....
9. OSOBA UPOWAŻNIONA DO SKŁADANIA WYJAŚNIEŃ I KOREKT DOTYCZĄCYCH OFERTY (IMIĘ I NAZWISKO, FUNKCJA ORAZ NR TELEFONU KONTAKTOWEGO)
.....
.....

II. SZCZEGÓŁOWY SPOSÓB REALIZACJI ZADANIA

1. Szczegółowy opis i zakres działań planowanych do realizacji w ramach programu

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

2. Deklarowana liczba procedur zapłodnienia pozaustrojowego – do wykonania w ramach realizacji programu w roku 2023

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

3. Informacje dotyczące liczby i kwalifikacji personelu biorącego udział w realizacji programu

Lp.	Imię i Nazwisko	Tytuł lub stopień naukowy	Uzyskane Specjalizacje	Numer prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie (określone w miesiącach) w leczeniu metodą zapłodnienia pozaustrojowego*
lekarze specjaliści w zakresie ginekologii i położnictwa					
lekarz / analityk / biolog legitymujący się udokumentowanym doświadczeniem w zakresie stosowania metod wspomaganego rozrodu					
Anestezjolog					
Pielęgniarki i położne					
Psycholog z praktyką w psychologii leczenia niepłodności					
Personel administracyjny					

* dotyczy kierownika jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego oraz embriologów (lekarzy, analityków, biologów)

4. Dostępność do świadczeń w ciągu tygodnia (godziny realizacji)

Dzień tygodnia	Godz. od	Godz. do
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		
Sobota		
Niedziela		

III. TERMIN I MIEJSCE REALIZACJI PROGRAMU, W TYM WSZYSTKICH DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH BEZPOŚREDNIO Z MIESZKAŃCAMI MYSŁOWIC

.....

IV. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ.

Wysokość wnioskowanych środków (w zł):

(słownie:)

Lp	Rodzaj kosztów *	Ilość jednostek (liczba procedur)	Koszt jednostkowy dla poszczególnych elementów w ramach jednej procedury ponoszony przez parę	Koszt jednostkowy dla poszczególnych elementów w ramach jednej procedury finansowany ze środków gminy	Całkowity koszt jednostkowy dla poszczególnych elementów w ramach jednej procedury (kol. 4 + kol. 5)	Koszt całkowity dla poszczególnych elementów procedury ponoszony przez parę (kol. 3 x kol. 4)	Koszt całkowity dla poszczególnych elementów procedury finansowany ze środków gminy (kol. 3 x kol. 5)	Koszt całkowity dla poszczególnych elementów procedury (kol.3 x kol. 6)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

I. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet pary (dawstwo partnerskie) lub z wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie)

1.	Wizyta kwalifikująca medycznie parę do udziału w programie							
2.	Poradnictwo, o którym mowa w rozdz. IV pkt 4 ogłoszenia otwartego konkursu ofert							
3.	Stymulacja mnogiego jajczkowania wraz z monitoringiem i badaniami niezbędnymi do przeprowadzenia leczenia							
4.	Dobór anonimowego dawcy nasienia (w przypadku dawstwa innego niż partnerskie) jeśli dotyczy							
5.	Wykonanie punkcji pęcherzyków jajowych							
6.	Znieczulenie ogólne podczas punkcji							
7.	Pozaustrojowe zapłodnienie i nadzór nad rozwojem zarodków in vitro							
8.	Transfer zarodków do jamy macicy							
9.	Kriokonserwacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym nietransferowanych do jamy macicy							
OGÓŁEM								

II. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem żeńskich komórek rozrodczych od anonimowej dawczyni (dawstwo inne niż partnerskie)

1.	Wizyta kwalifikująca medycznie parę do udziału w programie							
2.	Dobór anonimowej dawczyni komórek rozrodczych;							
3.	Przygotowanie biorczyni do transferu zarodka/ów							
4.	Pozaustrojowe zapłodnienie komórek jajowych od anonimowej dawczyni i nadzór nad rozwojem zarodków in vitro;							

5.	Transfer zarodków do jamy macicy w cyklu świeżym jeśli pozwala na to sytuacja kliniczna pacjentki;							
6.	Kriokonserwacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym nietransferowanych do jamy macicy							
OGÓŁEM								
III. Procedura adopcji zarodka (dawstwo inne niż partnerskie)								
1.	Wizyta kwalifikująca medycznie parę do udziału w programie							
2.	Dobór anonimowych dawców zarodka							
3.	Przygotowanie biorczyń do transferu zarodka/ów							
4.	Przygotowanie zarodków i transfer zarodków do jamy macicy							
OGÓŁEM								

* elementy ujęte w ramach jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego

** dofinansowanie w wysokości nie wyższej niż 6 000,00 zł dla jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego ramach dawstwa partnerskiego lub innego niż partnerskie, lub jednorazowego dofinansowania w wysokości do 3 000,00 zł do procedury adopcji zarodka.

Deklarowane przez oferenta bezpłatne świadczenie na rzecz par objętych programem w 2023 roku:

Lp.	RODZAJ ŚWIADCZENIA	TAK	NIE
1.	Pierwszy kriotransfer w przypadku braku przeprowadzenia transferu zarodków świeżych w ramach realizacji programu tj. w 2023 roku		

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kalkulacji przewidywanych kosztów realizacji programu

.....

.....

.....

.....

.....

V. INNE WYBRANE INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1. Dotychczasowe doświadczenia związane z realizacją programów polityki zdrowotnej z zakresu leczenia niepłodności (ze wskazaniem, które z tych programów realizowane były we współpracy z administracją rządową lub samorządową)

Lp.	Nazwa programu	Organ administracji rządowej lub samorządowej	Rok realizacji	Liczba procedur wykonanych w ramach programu

2. Skuteczność zapłodnienia pozaustrojowego IVF/ICSI udokumentowana:

a) w ramach Rządowego Programu Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego 2013-2016 Ministerstwa Zdrowia

Brak powstałej ciąży klinicznej	Ciąża kliniczna pojedyncza	Ciąża kliniczna wielopłodowa	Suma transferów (kol. 1 + kol. 2 + kol. 3)	Ciąże kliniczne łącznie (kol. 2 + kol. 3)	Stosunek liczby ciąż klinicznych do liczby transferów (w %) (kol. 5 : kol. 4)
1	2	3	4	5	6

b) w raportach do konsorcjum European IVF-monitoring (EIM) prowadzonego przez ESHRE

Rok	Brak powstałej ciąży klinicznej	Ciąża kliniczna pojedyncza	Ciąża kliniczna wielopłodowa	Suma transferów (kol. 2 + kol. 3 + kol. 4)	Ciąże kliniczne łącznie (kol. 3 + kol. 4)	Stosunek liczby ciąż klinicznych do liczby transferów (w %) (kol. 6 : kol. 5)
1	2	3	4	5	6	7
2018						
2017						
2016						
2015						

Załączniki:

- a) Zaświadczenie o wpisie do ewidencji KRS (jeżeli dotyczy);
- b) Zaświadczenie o wpisie do ewidencji CEIDG (jeżeli dotyczy);
- c) Statut podmiotu (w przypadku obowiązku sporządzenia statutu) lub regulamin organizacyjny (w przypadku obowiązku posiadania regulaminu);
- d) Dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej Okręgowej Rady Lekarskiej (w przypadku praktyk zawodowych lekarzy indywidualnych lub grupowych);
- e) Zezwolenie na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych);
- f) Oświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń wymaganych w związku z programem;
- g) Oświadczenie potwierdzające posiadanie lokalu niezbędnego do prawidłowej realizacji Programu;
- h) Oświadczenie potwierdzające zapewnienie właściwego sprzętu medycznego;
- i) Oświadczenie potwierdzające posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu;
- j) decyzja Ministra Zdrowia na wykonywanie czynności ośrodka medycznie wspomaganey prokreacji, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy o leczeniu niepłodności (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 442);
- k) decyzja 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);
- l) pozytywna opinia SANEPID;
- m) Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią Zarządzenia Prezydenta Miasta Mysłowice w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej w roku 2023 pn. „Chcemy być rodzicami – program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro dla mieszkańców Mysłowic w latach 2021- 2024”
- n) **oświadczenie stanowiące załącznik Nr 1 do formularza ofertowego** na realizację programu polityki zdrowotnej,
- o) Oświadczenie o spełnieniu wymagań określonych w art. 28, 29, 30, 32, 33 Rozporządzenia 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.
- p) **Oświadczenie o dostępności stanowiące załącznik Nr 2 do formularza ofertowego** na realizację programu polityki zdrowotnej

Kopie dokumentów składane przez oferentów muszą posiadać adnotację: „za zgodność z oryginałem” oraz pieczęć, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji podmiotu.

Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionej/ych do składania
oświadczeń woli w imieniu oferenta

Oświadczenie

Oświadczam, że:

1. Przystępując do konkursu na realizację programu polityki zdrowotnej w Mysłowicach zapoznałem/am się z:
 - a) treścią ogłoszenia o konkursie ofert,
 - b) przedmiotem i szczegółowymi warunkami przeprowadzenia konkursu,
oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Jako oferent jestem związany/a niniejszą ofertą na okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
3. W razie wyboru naszej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy wg wzoru stanowiącego załącznik nr 7 do Zarządzenia.

.....
(podpis osoby upoważnionej oferenta)

**Oświadczenie o spełnieniu wymagań służących zapewnieniu dostępności osobom
ze szczególnymi potrzebami**

.....
(nazwa i adres Oferenta)

Oświadczam, że w zakresie realizowania programu, przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej będę spełniał warunki służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, zgodnie z ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (tj. Dz.U z 2022 r. poz. 2240).

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)