**Załącznik nr 1**

**do konkursu ofert nr WSS-I.1.2019.WP**

**FORMULARZ OFERTOWY**

- **Informacje o Oferencie**

na projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2019 - 2021 dla mieszkańców miasta Szczecina”.

**1. Pełna nazwa podmiotu składającego ofertę:**

....................................................................................................................................................................
………………………………………..............................................................................................................

 **2.Dokładny adres:**…………………....…………………………………..……..………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………

*ulica i numer* *miejscowość kod pocztowy*

 ……………………………………………………………………………………………………………………
 *Telefon fax. adres e-mail*

**3. Forma prawna** *…………………………………………………………………………………………………………………………….*

**4. Osoba prawna upoważniona do reprezentowania Oferenta** (Nazwisko i imię, tel.kontaktowy, e-mail):

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

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

**5. Organ założycielski** **lub właściciel:**

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

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

**6. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli posiada):**

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

**7. NIP:** ....................................................................................................................................................................

**8. Regon:**  .................................................................

**9. Nazwa banku i rachunku bankowego**:………………………………………………..……………………………..

**10. Osoba uprawniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie złożonej oferty** (imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail):

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

**11.Okres realizacji Programu** od………………..…do ……………………………………………………….

**12. Szczegółowy sposób opis i zakres działań planowanych do realizacji w ramach Programu**

 ………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………

**13. Deklarowana liczba procedur zapłodnienia pozaustrojowego – wykonanych w ramach
 realizacji Programu w roku:
 - 2019:** ……………………………………………………………………………
 **- 2020:** ……………………………………………………………………………

 **- 2021:** ……………………………………………………………………………

**14. 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 (w leczeniu metodą zapłodnienia pozaustrojowego (tak/nie) |
| lekarze specjaliści w zakresie ginekologii i położnictwa |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| lekarz / analityk / biolog legitymujący się udokumentowanym doświadczeniem w zakresie stosowania metod wspomaganego rozrodu |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| anestezjolog |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| pielęgniarki i położne |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| personel administracyjny |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 **15. Koordynator Programu (nazwisko imię, tytuł lub stopień naukowy, tel. kontaktowy, e-mail)**

 ………………………………………………………………………………………………………………………

zadania koordynatora:………………………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………………………………………

 **16. Dostępność do świadczeń w ciągu tygodnia (godziny realizacji)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejsce i termin rejestracji par w ramach Programu | Miejsce i termin realizacji procedur w ramach Programu  | Dzień tygodnia | Godziny od - do  | Telefon kontaktowy |
|  |  | Poniedziałek |  |  |
|  |  | Wtorek |  |  |
|  |  | Środa |  |  |
|  |  | Czwartek |  |  |
|  |  | Piątek |  |  |
|  |  | Sobota |  |  |
|  |  | Niedziela |  |  |

**17.Deklarowane przez Oferenta świadczenie na rzecz par objętych Programem w ramach
 ........................................................................................................................................ zł dla jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | RODZAJ ŚWIADCZENIA | TAK | NIE |
| 1. | przechowywania zarodków w banku komórek rozrodczych i zarodków przez okres realizacji Programu  |  |  |
| 2. | pierwszego kriotransferu w przypadku braku przeprowadzenia transferu zarodków świeżych w ramach realizacji Programu  |  |  |

**18. 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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**19. Skuteczność zapłodnienia pozaustrojowego IVF/ICSI udokumentowana:** 1) 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 | Ciąże kliniczne łącznie | Stosunek liczby ciąż klinicznych do liczby transferów (w %) |
|  |  |  |  |  |  |

\* dopuszcza się sytuację, kiedy oferent nie realizował powyższego programu. W Karcie Oceny Merytorycznej, stanowiącej załącznik Nr 6 do niniejszego Zarządzenia, ocena punku wyniesie 0.

1. w raportach do konsorcjum European IVF-monitoring (EIM) prowadzonego przez ESHRE\*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok | Brak powstałej ciąży klinicznej | Ciąża kliniczna pojedyncza | Ciąża kliniczna wielopłodowa | Suma transferów | Ciąże kliniczne łącznie | Stosunek liczby ciąż klinicznych do liczby transferów (w%) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* dopuszcza się sytuację, kiedy oferent nie raportował do konsorcjum European IVF-monitoring (EIM) prowadzonego przez ESHRE skuteczności zapłodnienia we wskazanym okresie czasu. W Karcie Oceny Merytorycznej, stanowiącej załącznik Nr 6 do niniejszego Zarządzenia, ocena punku wyniesie 0. W przypadku kiedy oferent składał raport do konsorcjum w jednym lub dwóch latach, o których mowa w tabeli, oferent sprawozdaje się wyłącznie za ten okres czasu.

**20**.Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty \Formularza Zgłoszeniowego do realizacji
 Programu

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 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)Oświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń wymaganych
 w związku z programem;
 8) Oświadczenie potwierdzające posiadanie lokalu niezbędnego do prawidłowej realizacji Programu;
 9)Oświadczenie potwierdzające zapewnienie właściwego sprzętu medycznego;
 10)Oświadczenie potwierdzające posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w
 zakresie niezbędnym do realizacji programu;
 11) Oświadczenie potwierdzające stosowanie standardów zgodnych z rekomendacjami Polskiego
 Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii;
 12) 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 2017 r.
 poz. 865);
 13) 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 2017 r. poz. 865);
 14) Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursowego nr WSS-I.1.2019.WP
 w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora
 programu polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą
 zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2019-2021 dla mieszkańców Szczecina”;
 15) Oświadczenie, że Oferent realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne
 szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez
 podwykonawców;
 16) Oświadczenie Oferenta zobowiązanego 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;
 17)Oświadczenie, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym
 i prawnym.

 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 i podpis(y) Oferenta lub osób
 uprawnionych do reprezentacji oferenta,
 w przypadku oferty wspólnej- podpis pełnomocnika
 Podwykonawców