

Ogłasza konkurs ofert nr WSS-I.2.2022.WP na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. Wsparcie par, a w szczególności mężczyzn wymagających wysokospecjalistycznej opieki oraz diagnostyki immunologicznej i genetycznej niepłodności wraz ze wsparciem inseminacji dla mieszkańców miasta Szczecina na lata 2022-2026, zwanego dalej „Programem”, na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, art. 7 ust.1 pkt 1, art. 48 ust. 1, 3 - 5 oraz art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

1. Przedmiot Konkursu

Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora, który zorganizuje i przeprowadzi program polityki zdrowotnej pn. Wsparcie par, a w szczególności mężczyzn wymagających wysokospecjalistycznej opieki oraz diagnostyki immunologicznej i genetycznej niepłodności wraz ze wsparciem inseminacji dla mieszkańców miasta Szczecina na lata 2022-2026.

Program zapewnia możliwość korzystania z wysokospecjalistycznej opieki oraz diagnostyki immunologicznej i genetycznej niepłodności wraz ze wsparciem inseminacji dla mieszkańców miasta Szczecina (przedstawione w załączonym opisie programu).

Program dostępny jest na stronie internetowej Urzędu Miasta Szczecin http://bip.um.szczecin.pl/chapter_50210.asp

Wysokość środków finansowych przeznaczonych z Budżetu Miasta Szczecin na realizację całego Programu na lata 2022 - 2026 łącznie wynosi 1 623 960,00 zł brutto (w tym roczny koszt realizacji Programu - 284 792,00 zł brutto, zakup sprzętu na cały 5-letni okres realizacji Programu - 200 000,00 zł).

2. Termin realizacji zadania/Programu – od dnia podpisania umowy do dnia 31.12.2026r.

3. Organizator Konkursu

Organizatorem konkursu jest Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta Szczecin, z siedzibą w Szczecinie, przy pl. Armii Krajowej 1.

4. Adresaci konkursu

Konkurs adresowany jest do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w trybie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Oferent przystępujący do konkursu musi dysponować doświadczoną specjalistyczną kadrą, aparaturą i posiadać warunki do prowadzenia diagnostyki i leczenia w ramach realizacji Programu z zapewnieniem dostępności do tych badań również dla partnerów kobiet przed przystąpieniem do procedury inseminacji i zgodnie z wymaganym algorytmem badań.

5. Beneficjenci Programu

Pary, będące mieszkańcami Szczecina (zgodnie z danymi adresowymi przedstawionymi w złożonej deklaracji PIT w Urzędzie Skarbowym w Szczecinie za rok poprzedzający zgłoszenie pary do programu) , u których według definicji stwierdzono niepłodność lub nieskuteczne, zgodnie z rekomendacjami i standardami praktyki lekarskiej leczenie niepłodności w okresie 12 miesięcy poprzedzających zgłoszenie do Programu oraz wiek kobiety i mężczyzny, tj. kobieta w dniu zgłoszenia (pierwszej wizyty u realizatora) do Programu nie ukończyła 41 roku życia, mężczyzna nie ukończył 55 roku życia, spełniając przy tym następujące kryteria:

- problem niemożności zajścia w ciążę po roku regularnego współżycia , bez bciążeń w wywiadzie u pacjentek młodych (poniżej 35 roku życia)
- problem niemożności zajścia w ciążę po 6 miesiącach regularnego współżycia u kobiet po 35 roku życia;
- problem niemożności zajścia w ciążę po mniej niż 6 miesiącach regularnego współżycia , a nawet bezpośrednio po zadeklarowaniu planów prokreacyjnych u kobiet po 40 roku życia;
- pozostają w związku małżeńskim lub partnerskim, zgodnie z definicją dawstwa partnerskiego określoną w art.2, ust. 1, pkt 8 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 roku o leczeniu niepłodności;
- wiek kobiety mieści się w przedziale od 25 do 41 lat (wg rocznika urodzenia), wiek mężczyzny od 25 do 55 roku życia (wg rocznika urodzenia) w dniu zgłoszenia się do Programu po raz pierwszy.

Ponadto pary chcące korzystać z Programu zobowiązane są przedłożyć:

- zgłoszenie złożonej deklaracji PIT w Urzędzie Skarbowym w Szczecinie za rok poprzedzający zgłoszenie pary do programu potwierdzające adres zamieszkania w Szczecinie;
- podpisanie przez parę - uczestników programu oświadczenia przystąpienia do programu.

Podstawowym warunkiem uzyskania dofinansowania do świadczeń zdrowotnych w ramach Programu jest zakwalifikowanie pary przez Realizatora do udziału w Programie.

Z Programu będą mogły skorzystać pary, będące mieszkańcami Szczecina, spełniające kryterium medyczne, u których

według definicji stwierdzono niepłodność lub nieskuteczne, zgodnie z rekomendacjami i standardami praktyki lekarskiej leczenie niepłodności w okresie 12 miesięcy poprzedzających zgłoszenie do Programu i kobieta w dniu zgłoszenia (pierwszej wizyty u realizatora) do Programu nie ukończyła 41 roku życia, a mężczyzna nie ukończył 55 roku życia.

Medyczne wskazania do programu obejmują:

- endometrioza I lub II st.
- czynnik szyjkowy
- zaburzenia owulacji
- niepłodność niewyjaśnionego pochodzenia (idiopatyczna), jeżeli trwa dłużej niż 12 miesięcy,
- czynnik męski niepłodności, gdy parametry nasienia mężczyzny są w nieznacznym stopniu obniżone
- wskazania do pogłębienia diagnostyki u mężczyzny na podstawie podstawowej oceny nasienia (dużego stopnia oligo- lub azoospermia)
- zaburzenia upłynnienia nasienia
- problemy ze współżyciem
- potwierdzona u partnerki drożność przynajmniej jednego jajowodu.

Kryteria wykluczenia z Programu stanowią:

- potencjalne ryzyko braku prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania oraz szans na uzyskanie ciąży metodą AIH/UII: hormon folikulotropowy- FSH powyżej 15 mU/mL w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski AMH poniżej 1 ng/mL;
- brak odpowiedzi na stymulację jajczkowania, czego wyrazem jest brak wzrostu pęcherzyka w jajniku;
- wady macicy bezwzględnie uniemożliwiające donoszenie ciąży;
- brak macicy;
- nieprawidłowy wynik badania nasienia u partnera, uniemożliwiający uzyskanie ciąży metodą AIH/UII- wykluczenie z procedury inseminacji;
- nieprawidłowe wyniki badań w kierunku HIV, zapalenia wątroby typu B i C, kiły oraz chlamydia trachomatis.

6. Zakres działań prowadzonych w ramach realizacji Programu

Do obowiązków Oferenta należeć będzie, m.in.:

- 1) realizacja działań informacyjno-edukacyjnych adresowanych do zainteresowanych udziałem w Programie par;
- 2) zapewnienie pacjentom możliwości rejestracji telefonicznej i elektronicznej oraz kontaktu telefonicznego z personelem medycznym Poradni Leczenia Niepłodności;
- 3) dokonywanie kwalifikacji par do Programu (lekarska wizyta kwalifikacyjna z uwzględnieniem programowych kryteriów włączenia i wyłączenia z Programu);
- 4) zapewnienie dostępności do planowanych interwencji diagnostycznych i leczniczych wskazanych w załączonej treści Programu;
- 5) ustalenie planu opieki pary w trakcie realizacji Programu;
- 6) zapewnienie dostępności do procedury inseminacji oraz ultrasonograficznej kontroli stymulacji jajczkowania przez 7 dni w tygodniu;
- 7) zapewnienie dostępności do procedur diagnostycznych przez 5 dni w tygodniu (w godzinach pracy poradni oraz laboratorium).

Opis planowanych interwencji i sposób udzielania świadczeń zdrowotnych wskazany jest w treści załączonego Programu.

Ponadto Oferenta dotyczą następujące wymagania:

- 1) umieszczenie informacji o realizowanym Programie na stronie internetowej i w siedzibie Realizatora Programu;
- 2) półroczne raportowanie z realizacji Programu na formularzach uprzednio przygotowanych przez Zleceniodawcę Programu;
- 3) monitorowanie oceny jakości udzielonych świadczeń w postaci ankiety satysfakcji wskazanej w treści załączonego Programu (przed i po).

Dopuszcza się realizację zadania z udziałem podwykonawców, lecz Oferent również musi brać czynny udział w wykonaniu zadań określonych w pkt. 6. niniejszych warunków szczegółowych konkursu. Organizator konkursu ma prawo zażądać wglądu w umowy o współpracy z podwykonawcami.

7. Termin i miejsce składania ofert

Termin składania ofert upływa 25.08.....2022 r. do godziny 15.30. Oferty konkursowe należy składać w zamkniętej kopercie opatrzonej pieczętką Oferenta, numerem konkursu i napisem „Konkurs Ofert nr WSS-I.2.2022.WP na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. Wsparcie par, a w szczególności mężczyzn wymagających wysokospecjalistycznej opieki oraz diagnostyki immunologicznej i genetycznej niepłodności wraz ze wsparciem inseminacji dla mieszkańców miasta Szczecina na lata 2022-2026 w Biurze Obsługi Interesantów Urzędu Miasta Szczecin, przy pl. Armii Krajowej 1 w Szczecinie, sala 62 lub przesłać drogą pocztową na ww. adres (decyduje data wpływu oferty do Urzędu Miasta Szczecin).

Oferty niespełniające wymogów określonych w ogłoszeniu oraz złożone po terminie nie będą rozpatrywane. Dopuszcza się

wplywu oferty do Urzędu Miasta Szczecin).

Oferty niespełniające wymogów określonych w ogłoszeniu oraz złożone po terminie nie będą rozpatrywane. Dopuszcza się oferty zawierające drobne uchybienia formalne pod warunkiem ich uzupełnienia w terminie do następnego dnia po powiadomieniu o niekompletności oferty (telefonicznie, e-mailem lub fax).

8. Formularz oferty

Zgłoszenie do konkursu winno być sporządzone w języku polskim na formularzu ofertowym (Załącznik Nr 1 do ogłoszenia) wraz z Formularzem Kalkulacji Cenowej (Załącznik Nr 2 do ogłoszenia).

Formularze muszą być podpisane na każdej stronie przez osobę/ycy upoważnioną/e do reprezentowania Oferenta.

Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:

- 1) Wyciąg 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) Zezwolenie na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych- jeżeli dotyczy);
- 6) Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursowego nr WSS-I.2.2022.WP w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. Wsparcie par, a w szczególności mężczyzn wymagających wysokospecjalistycznej opieki oraz diagnostyki immunologicznej i genetycznej niepłodności wraz ze wsparciem inseminacji dla mieszkańców miasta Szczecin na lata 2022-2026;
- 7) Oświadczenie potwierdzające stosowanie standardów zgodnych z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii;
- 8) Oświadczenie potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń wymaganych w związku z Programem;
- 9) Oświadczenie potwierdzające posiadanie lokalu niezbędnego do prawidłowej realizacji Programu;
- 10) Oświadczenie potwierdzające zapewnienie właściwego sprzętu medycznego do prawidłowej realizacji Programu;
- 11) Oświadczenie potwierdzające posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu (Poniesienia odpowiedzialności za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu);
- 12) Oświadczenie, że Oferent realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców;
- 13) 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;
- 14) 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.

Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi Oferent.

9. Ocena ofert

Złożone w Konkursie oferty przekazywane są do Wydziału Spraw Społecznych, a następnie kierowane są pod obrady Komisji Konkursowej. Komisja po dokonaniu oceny ofert zgodnie z przytoczonymi niżej kryteriami przedłoży Prezydentowi protokół z posiedzenia komisji.

Konkurs rozstrzyga Prezydent Miasta Szczecin po zapoznaniu się z protokołem Komisji. Prezydent Miasta Szczecin dopuszcza możliwość wyboru jednej lub więcej niż jednej oferty konkursowej na realizację Programu. Wybór oferty konkursowej w wyżej wymienionym trybie nie wymaga uzasadniania powodów decyzji Prezydenta Miasta Szczecin.

W toku dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert, Komisja Konkursowa może zażądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości złożonych przez nich ofert.

Od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie przysługuje odwołanie.

Przyznane środki finansowe mogą być niższe niż wnioskowane przez Oferenta w przypadku wyłonienia kilku Oferentów do realizacji Programu. W przypadku mniejszego dofinansowania warunkiem zawarcia umowy z Oferentem będzie złożenie zaktualizowanego zakresu rzeczowego i kalkulacji kosztów realizacji Programu.

Ocena ofert konkursowych dokonywana będzie wg następujących kryteriów:

L.p.	Nazwa kryterium	Maksymalna liczba punktów do uzyskania	Suma otrzymanych punktów
1.	dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją: a) programów polityki zdrowotnej z zakresu leczenia niepłodności we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego (0-5 pkt.) b) „Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016 - 2021” Ministerstwa Zdrowia (0-5 pkt.);	0 – 10 pkt.	
2.	liczba i kwalifikacje personelu biorącego udział w realizacji programu (0-5 pkt.);	0 – 5 pkt.	
3.	Kalkulacja kosztów: a) koszt jednostkowy świadczeń zdrowotnych w ramach finansowania z budżetu Gminy Miasto Szczecin (0-5 pkt.);	0 – 15 pkt.	
	b) spójność kosztorysu (0-5 pkt.);		
	c) przejrzystość kalkulacji kosztów (0-5 pkt.);		
Maksymalna ilość punktów, które może przyznać Komisja Konkursowa jednej z ofert wynosi 30 pkt.			

Prezydent Miasta Szczecin zastrzega sobie prawo do zmiany warunków Konkursu, przesunięcia terminu składania ofert, odwołania Konkursu, zamknięcia Konkursu bez wyboru oferty oraz nierozstrzygnięcia Konkursu na każdym etapie konkursu, bez podania przyczyny.

Ogłoszenie o zakończeniu postępowania konkursowego i jego wyniku odbędzie się poprzez umieszczenie informacji w Urzędzie Miasta Szczecin na stronie internetowej w Biuletynie Informacji Publicznej <http://bip.um.szczecin.pl>

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie 30 dni roboczych od daty upływu składania ofert, o którym mowa w ust. 7 Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu komisji konkursowej, które odbędzie się w Wydziale Spraw Społecznych w sali konferencyjnej w dniu 30.08.2022 r. o godz. 9:00. Do chwili otwarcia ofert Zamawiający przechowuje oferty w stanie nienaruszonym w swojej siedzibie.

Podmiot, którego oferta zostanie wybrana, będzie powiadomiony o tym pisemnie.

10. Dodatkowe informacje

W zakresie nieuregulowanym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do trybu przeprowadzenia Konkursu ofert i zawarcia umowy na realizację Programu stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego.

Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji zadania zostaną uregulowane w umowie zwartej pomiędzy Gminą Miasto Szczecin, a wyłonionym w drodze postępowania konkursowego Oferentem.

W zakresie związanym z udziałem w Konkursie Oferent zobowiązany jest 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.

Osobą uprawnioną do kontaktów z oferentami oraz do udzielania szczegółowych informacji w przedmiocie konkursu ofert nr WSS-I.2.2022.WP jest:

1) p. Anna Majczyzna Kierownik Zespołu ds. Polityki Zdrowotnej i Osób z Niepełnosprawnością, tel.91 4245664, e-mail: amajczyzna@um.szczecin.pl

2) p. Wioletta Perzyńska - Główny Specjalista w Wydziale Spraw Społecznych Urzędu Miasta Szczecin, tel. 91 4245 674, e-mail: wperzyn@um.szczecin.pl.

GŁÓWNY SPECJALISTA

Wioletta Perzyńska
Wioletta Perzyńska

Uzgodniono pod względem formalno-prawnym

RADCA PRAWNY
Urszula Morus

KIEROWNIK ZESPOŁU

Anna Majczyzna
Anna Majczyzna

ZASTĘPCA DYREKTORA WYDZIAŁU

Marcin Kowalski
Marcin Kowalski

DYREKTOR WYDZIAŁU

Beata Bugajska
Beata Bugajska

FORMULARZ OFERTOWY
- Informacje o Oferencie

na Realizatora programu polityki zdrowotnej pn. **Wsparcie par, a w szczególności mężczyzn wymagających wysokospecjalistycznej opieki oraz diagnostyki immunologicznej i genetycznej niepłodności wraz ze wsparciem inseminacji dla mieszkańców miasta Szczecina na lata 2022-2026.**

1. Pełna nazwa podmiotu składającego ofertę:

.....
.....

2. Dokładny adres:

.....
ulica i numer

miejsowość

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. Koordynator programu (imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail):

.....

11. Okres realizacji Programu od..... do

.....

11. Szczegółowy sposób realizacji Programu: .

a) opis i zakres z harmonogramem działań planowanych w Programie

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

b) dodatkowe wskaźniki i merinki efektywności realizacji Programu

.....
.....

13. 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 z zakresu leczenia niepłodności (tak/nie)

14. Zadania koordynatora:.....

.....

15. Dostępność do świadczeń zdrowotnych w ciągu tygodnia (godziny realizacji)

Miejsce i termin rejestracji par w ramach Programu	Miejsce i termin realizacji Programu	Dzień tygodnia	Godziny od - do	Telefon kontaktowy

16. Dotychczasowe doświadczenia związane z realizacją programu polityki zdrowotnej z zakresu Wsparcia par, a w szczególności mężczyzn wymagających wysokospecjalistycznej opieki oraz diagnostyki immunologicznej i genetycznej niepłodności wraz ze wsparciem inseminacji na rzecz jednostki samorządu terytorialnego

Lp.	Nazwa zadania	Organ administracji rządowej lub samorządowej	Rok/lata realizacji	Liczba wykonanych świadczeń zdrowotnych w ramach zadania

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

.....

.....
 data:

.....
 pieczętka i podpis(y) Oferenta/Zleceniobiorcy

Formularz Kalkulacji Cenowej

1. Planowana całkowita kalkulacja kosztów realizacji Programu

Lp	Nazwa świadczenia zdrowotnego/usługi/ towaru	koszt jednostkowy (w zł brutto)	Koszt ogółem (w zł brutto) w 2022 roku	Koszt ogółem (w zł brutto) w 2023 roku	Koszt ogółem (w zł brutto) w 2024 roku	Koszt ogółem (w zł brutto) w 2025 roku	Koszt ogółem (w zł brutto) w 2026 roku
1	Podstawowe badanie nasienia - 80 badań rocznie						
2	Inseminacja - 60 inseminacji rocznie						
3	Kompleksowa diagnostyka seminologiczna - 30 badań rocznie (po podstawowym badaniu nasienia)						
4	diagnostyka genetyczna (ocena kariotypu, analiza mikrodelecji regionu AZF chromosomu Y, mutacji genu CFTR) po podstawowym badaniu nasienia i kompleksowej diagnostyce seminologicznej – 16 badań rocznie						
5	diagnostyka immunologiczna przeciwciał przeciwplemnikowych – 25 badań x 2 osoby rocznie						
6	Panel badań wymaganych ustawowo przed inseminacją komplet badań dla mężczyzny – badania w kierunku HIV, zapalenia wątroby typu B i C, kiły oraz chlamydia trachomatis -50 badań mężczyzn x 2 w roku (rocznie)						
7	opieka nad parą w trakcie realizacji programu i monitorowanie w trakcie diagnostyki i leczenia - poradnictwo, prowadzenie diagnostyki, kwalifikacja do inseminacji oraz prowadzenie stymulacji jajczkowania i monitorowanie owulacji - 100 par w roku						
8	sprawowanie opieki psychologicznej nad parą w trakcie realizacji programu - 100 par rocznie						
9	Wynagrodzenie koordynatora Programu rocznie						
10	Koszty administracyjne i promocja Programu ok. 2% rocznego budżetu – rocznie						
11	Zakup sprzętu – aparat USG			x	x	x	x
	Ogółem						

2. Wysokość wnioskowanych środków finansowych w ramach dofinansowania Programu :.....
(w tym słownie w zł brutto):.....

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty w zakresie Formularza Kalkulacji Kosztów w ramach realizacji Programu.....

.....
data:

.....
pieczętka i podpis(y) Oferenta/Zleceniobiorcy

Nr Centralnego Rejestru Umów

zawarta w dniu pomiędzy:

Gminą Miasto Szczecin**Pl. Armii Krajowej 1, 70-456 Szczecin**

NIP: 851-030-94-10

REGON: 811684232

zwaną dalej „**Miastem**”, reprezentowaną przez:..... - Zastępcę Prezydenta Miasta Szczecin
a

ul.

NIP:

Regon:

Nr księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

zwanego dalej „**Wykonawcą**”

reprezentowanego przez:

Niniejsza umowa została zawarta na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i art. 114 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, **strony umowy ustalają co następuje:**

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest realizacja programu polityki zdrowotnej pn. Wsparcie par, a w szczególności mężczyzn wymagających wysokospecjalistycznej opieki oraz diagnostyki immunologicznej i genetycznej niepłodności wraz ze wsparciem inseminacji dla mieszkańców miasta Szczecina na lata 2022-2026, nazwany w dalszej części umowy „Programem”.
2. Na realizację Programu Miasto zobowiązuje się przekazać środki finansowe w postaci dotacji celowej w wysokości..... zł brutto (słownie zł brutto:
3. Za dzień rozpoczęcia realizacji Programu uważa się datę zawarcia umowy, a zakończenia dzień **31 grudnia 2026 r.**
4. W ramach kwoty wymienionej w ust. 2 Wykonawca zobowiązuje się do:
 - a) objęcia Programem ok..... par;
 - b) wykonania wybranych świadczeń zdrowotnych wskazanych w załączniku nr 2 do niniejszej umowy.
5. Osobami uprawnionymi do bezpłatnego udziału w programie określonym w § 1 niniejszej umowy są:
 - 1) pary, które pozostają w związku małżeńskim lub partnerskim, zgodnie z definicją dawstwa partnerskiego określoną w art. 2, ust. 1, pkt 8 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 roku o leczeniu niepłodności
 - 2) pary będące mieszkańcami Szczecina (zgodnie z danymi adresowymi przedstawionymi w złożonej deklaracji PIT w Urzędzie Skarbowym w Szczecinie za rok poprzedzający zgłoszenie pary do programu) , u których według definicji stwierdzono niepłodność lub nieskuteczne, zgodnie z rekomendacjami i standardami praktyki lekarskiej leczenie niepłodności w okresie 12 miesięcy poprzedzających zgłoszenie do Programu, spełniając przy tym następujące kryteria:
 - problem niemożności zajścia w ciążę po roku regularnego współżycia , bez obciążen w wywiadzie u pacjentek
 - młodych (poniżej 35 roku życia)
 - problem niemożności zajścia w ciążę po 6 miesiącach regularnego współżycia u kobiet po 35 roku życia;
 - problem niemożności zajścia w ciążę po mniej niż 6 miesiącach regularnego współżycia , a nawet bezpośrednio po zadeklarowaniu planów prokreacyjnych u kobiet po 40 roku życia;
 - pozostają w związku małżeńskim lub partnerskim, zgodnie z definicją dawstwa partnerskiego określoną w art. 2, ust. 1, pkt 8 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 roku o leczeniu niepłodności;
 - wiek kobiety mieści się w przedziale od 25 do 41 lat (wg rocznika urodzenia), wiek mężczyzny od 25

do 55 roku życia (wg rocznika urodzenia) w dniu zgłoszenia się do Programu po raz pierwszy.

6. Pary chcące skorzystać z Programu zobowiązane są do przedłożenia Wykonawcy umowy Oświadczenia stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszej umowy i kserokopię pierwszych stron zeznań podatkowych opatrzonej prezentatą szczecińskiego urzędu skarbowego, w którym zostały złożone lub zaświadczenie ze szczecińskiego urzędu skarbowego potwierdzające złożenie zeznania lub kserokopie urzędowego poświadczenia odbioru wydanego przez elektroniczną skrzynkę podawczą systemu teleinformatycznego administracji podatkowej (UPO) wraz z pierwszą stroną PIT i wygenerowanym numerem dokumentu zgodnym z identyfikatorem dokumentu UPO za rok poprzedzający udział w Programie (co jest niezbędne do zakwalifikowania pary do Programu).
7. Program zostanie wykonany zgodnie z ofertą i kosztorysem stanowiącymi odpowiednio załącznik Nr 1 i 2 do niniejszej umowy.
8. Wszelkie odstępstwa dotyczące organizacji i realizacji Programu od warunków określonych w umowie i załączniku nr 1 i 2 do niniejszej umowy, m. in. w zakresie zasobów kadrowych, miejsca i czasu realizacji ilości świadczeń medycznych i usług wraz z finansowaniem Programu wymagają dla swej ważności formy pisemnej w formie aneksu pod rygorem nieważności niniejszej umowy.
9. Odstępstwa, o których mowa w ust. 8, Wykonawca zobowiązany jest zgłosić Miastu niezwłocznie od ich zaistnienia.
10. W zakresie związanym z realizacją Programu, w tym ze zbieraniem, gromadzeniem, przetwarzaniem danych osobowych Wykonawca zobowiązany jest do stosowania 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 oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
11. Wykonawca oświadcza, że jest administratorem danych osobowych w związku z realizacją Programu.
12. Wykonawca zobowiązany jest do wypełnienia wobec wszystkich osób związanych z realizacją i uczestnictwem w Programie obowiązku informacyjnego RODO.

§ 2

1. Wykonawca oświadcza, iż posiada polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie realizacji Programu, która stanowi załącznik nr 4 do niniejszej umowy.
2. Za szkody powstałe w związku z realizacją Programu odpowiedzialność ponosi Wykonawca.

§ 3

1. Koordynatorem Programu ze strony Wykonawcy jest:

.....
Koordynator Programu zobowiązany jest do brania udziału w zorganizowanych przez Miasto w akcjach promocyjno – informacyjnych oraz konferencjach prasowych dotyczących realizacji Programu.

§ 4

1. Realizując Program Wykonawca zobowiązuje się do:
 - a) kreowania pozytywnego wizerunku Miasta w sposób uzgodniony z Miastem w tym:
informowania w wydawanych przez siebie w ramach realizacji Programu, publikacjach, materiałach informacyjnych, poprzez media, jak również widoczną w miejscu jego realizacji pisemną informację (tablicę) i ustną informację kierowaną do odbiorców o fakcie dofinansowania Programu przez Wykonawcę.
 - b) umieszczania logo Miasta, na wszystkich materiałach, w szczególności promocyjnych i informacyjnych realizowanego Programu, o ile ich wielkość i przeznaczenie tego nie uniemożliwia, proporcjonalnie do wielkości innych oznaczeń, w sposób zapewniający jego dobrą widoczność. Logo Miasta oraz treść wymaganych informacji Miasto przekazuje Wykonawcy pocztą elektroniczną, w uzgodnionym terminie, umożliwiającym oznakowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych.
2. Wykonanie znakowania treści przekazami promocyjnymi Miasta (logo, treść) oraz akceptacja treści promocyjnej powinny odbywać się zgodnie z procedurą udzielenia licencji /sublicencji na używanie znaków towarowych Gminy Miasto Szczecin dla celów niekomercyjnych z zawartą w Zarządzeniu Prezydenta Miasta Szczecin Nr 393/21 z dnia 30 lipca 2021 roku w sprawie zasad używania w obrocie znaków towarowych identyfikujących Gminę Miasto Szczecin.

§ 5

1. Realizacja Programu, o którym mowa w § 1 ust. 1 umowy, przeprowadzona będzie przez personel wskazany w ofercie, wymienionych w Formularzu ofertowym, który stanowi załącznik nr 1 do

niniejszej umowy, za których Wykonawca ponosi pełną odpowiedzialność.

2. Miejsce i czas realizacji Programu:

Lp.	Nazwa	Adres	Tel. kontaktowy	Dni i godziny realizacji Programu

§ 6

1. Miasto z tytułu realizacji całego przedmiotu umowy, przekaze Wykonawcy środki finansowe w formie dotacji celowej wysokości zł brutto (słownie złotych brutto:).
2. Miasto przekaze Wykonawcy w danym roku kalendarzowym dotację celową w wysokości:
 - 1) 2022 rok kwotę zł brutto (słownie złotych brutto:);
 - 2) 2023 rok kwotę zł brutto (słownie złotych brutto:);
 - 3) 2024 rok kwotę zł brutto (słownie złotych brutto:);
 - 4) 2025 rok kwotę zł brutto (słownie złotych brutto:);
 - 5) 2026 rok kwotę zł brutto (słownie złotych brutto:);
3. Środki uzyskane na podstawie niniejszej umowy będą wykorzystane na pokrycie kosztów powstałych w ramach realizacji Programu od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia każdego roku kalendarzowego wskazanego w § 6 ust.2 i będą przekazane na konto Wykonawcy nr rachunku w terminie:
 - 1) 14 dni od dnia zawarcia umowy w 2022 r.;
 - 2) 14 dni od dnia 1 stycznia każdego roku kalendarzowego wskazanego w § 6 ust.2 pkt 2-5;
4. Wykonawca zobowiązuje się do wykorzystania przekazanych środków finansowych zgodnie z celem i na warunkach określonych niniejszą umową.
5. Niewykorzystana kwota dotacji za rok poprzedni podlega zwrotowi nie później niż do dnia 15 stycznia kolejnego roku kalendarzowego na rachunek bankowy Gminy Miasto Szczecin o nr

§ 7

1. Niewykorzystana kwota dotacji za dany rok realizacji Programu wskazany w § 6 ust.2 podlega zwrotowi w terminie do 15 stycznia kolejnego roku kalendarzowego na rachunek bankowy Gminy Miasto Szczecin o nr 57 1020 4795 0000 9702 0277 8470.
2. Od niewykorzystanej kwoty dotacji zwróconej po terminie wskazanym w ust. 1, naliczone będą odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych. Dotację zwróconą po terminie (wraz z odsetkami) należy przekazać na rachunek bankowy Gminy Miasto Szczecin o nr 57 1020 4795 0000 9702 0277 8470.

§ 8

1. Wykonawca przedłoży Miastu sprawozdanie częściowe realizacji Programu dwa razy w roku kalendarzowym wskazanym w § 6 ust.2:
 - 1) za pierwsze półrocze do dnia 30 lipca roku kalendarzowego;
 - 2) za drugie półrocze do dnia 30 stycznia kolejnego roku kalendarzowego.
6. Wykonawca przedłoży w terminie 30 dni od dnia zakończenia realizacji całego Programu nie później niż do dnia 31 grudnia 2026 r. Raport końcowy stanowiący załącznik nr 6 do niniejszej umowy.

§ 9

1. Miasto ma prawo żądać, aby Wykonawca w wyznaczonym terminie przedstawił dodatkowe informacje i wyjaśnienia do przedkładanego sprawozdania częściowego i Raportu końcowego.
2. W przypadku nie przedłożenia sprawozdania częściowego i Raportu końcowego, Miasto wzywa pisemnie Wykonawcę do ich złożenia.

§ 10

1. Wykonawca zobowiązany jest do poddania się kontroli w zakresie realizowanego zadania o którym mowa w § 1 umowy, przeprowadzonej przez Miasto, w uzgodnionym przez obie strony terminie lub w przypadku braku uzgodnień w terminie wyznaczonym przez Miasto.
2. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządzają pisemny protokół w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.
3. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości kontrolowany ma prawo do złożenia wyjaśnień w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu. Wyjaśnienia składane są na piśmie.

4. Miasto udzieli odpowiedzi Wykonawcy w ciągu 14 dni od dnia złożenia przez Wykonawcę wyjaśnień.

§ 11

1. Strony zastrzegają wzajemne prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. W przypadku rozwiązania umowy Wykonawcy przysługuje wynagrodzenie za prawidłowo i faktycznie zrealizowane świadczenie medyczne i usługę w ramach realizowanego Programu do czasu rozwiązania umowy.
3. W przypadku realizacji zadania w sposób niezgodny z warunkami niniejszej umowy, Miasto może wypowiedzieć umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia.

§ 12

1. Umowa może być rozwiązana przez Miasto ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
 - a) nieterminowego lub nienależytego wykonania umowy, w szczególności zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania, stwierdzonego na podstawie wyników kontroli oraz oceny realizacji wniosków i zaleceń pokontrolnych;
 - b) jeżeli Wykonawca odmówi poddania się kontroli, bądź w terminie podanym przez Miasto nie doprowadzi do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.
2. Wykonawcę zobowiązuje się do rozliczenia umowy w terminie 7 dni od dnia wypowiedzenia umowy przez Miasto.
3. W przypadku rozwiązania umowy przez Wykonawcę z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, zapłaci on na rzecz Miasta karę umowną w wysokości 10% wartości umowy, o której mowa w § 6 ust. 1 umowy.
4. Miasto ma prawo dochodzić odszkodowania uzupełniającego w sytuacji, gdy wysokość kary umownej będzie niższa niż wysokość poniesionej szkody.

§ 13

Niniejsza umowa oraz dane osobowe w zakresie imienia i nazwiska strony umowy stanowią informację publiczną w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej i podlegają udostępnieniu na zasadach i w trybie określonych w ww. ustawie.

§ 14

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego i inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 15

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 16

Wszystkie spory wynikłe z niniejszej umowy strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu właściwego dla Zamawiającego.

§ 17

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

W imieniu Miasta:

W imieniu Wykonawcy:

ZAŁĄCZNIKI:

1. Załącznik nr 1 Formularz oferty konkursowej;
2. Załącznik nr 2 Kosztorys realizacji „Programu”;
3. Załącznik nr 3 Oświadczenie pary biorącej udział w Programie;
4. Załącznik nr 4 Oświadczenie Wykonawcy, że posiada polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie realizacji Programu;
5. Załącznik nr 5 Sprawozdanie częściowe z realizacji Programu – co 6 miesięcy
6. Raport końcowy z realizacji Programu.

uzgodniono pod względem formalno-prawnym

RADCA PRAWNY
Urszula Morus

GŁÓWNY SPECJALISTA
Wioletta Perzyńska

KIEROWNIK ZESPOŁU
Anna Majcyna

ZASTĘPCA KIEROWNIKA
Lidia Rogas

DYREKTOR WYDZIAŁU
Beata Bugajska

Kosztorys realizacji programu polityki zdrowotnej pn. Wsparcie par, a w szczególności mężczyzn wymagających wysokospecjalistycznej opieki oraz diagnostyki immunologicznej i genetycznej niepłodności wraz ze wsparciem inseminacji dla mieszkańców miasta Szczecina na lata 2022-2026.

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego/ usługi/ towaru	Ilość	Koszt Jednostkowy (w zł brutto)	Planowany koszt wydatków ze środków Gminy Miasto Szczecin w roku 2022 (w zł brutto)	Planowany koszt wydatków ze środków Gminy Miasto Szczecin w roku 2023 (w zł brutto)	Planowany koszt wydatków ze środków Gminy Miasto Szczecin w roku 2024 (w zł brutto)	Planowany koszt wydatków ze środków Gminy Miasto Szczecin w roku 2025 (w zł brutto)	Planowany koszt wydatków ze środków Gminy Miasto Szczecin w roku 2026 (w zł brutto)
Ogółem								

.....
Data, pieczęćka i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Wzór

OŚWIADCZENIE Pary

że przystępuję do udziału w programie polityki zdrowotnej pn. Wsparcie par, a w szczególności mężczyzn wymagających wysokospecjalistycznej opieki oraz diagnostyki immunologicznej i genetycznej niepłodności wraz ze wsparciem inseminacji dla mieszkańców miasta Szczecina na lata 2022-2026.

Dane osobowe pary:

1.kobieta: data urodzenia:

dzień	miesiąc	rok	Nadany przez Wykonawcę nr ewidencyjny
...../K

2.mężczyzna: data urodzenia

dzień	miesiąc	rok	Nadany przez Wykonawcę nr ewidencyjny
...../M

My niżej podpisani oświadczamy, że:

- 1.Pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim.
- 2.Jesteśmy mieszkańcami Szczecina.
- 3.Złożyliśmy deklarację PIT w Urzędzie Skarbowym w Szczecinie za rok poprzedzający zgłoszenie do Programu potwierdzające adres zamieszkania w Szczecinie.
- 4.W przypadku skorzystania z finansowania w ramach programu nienależnie zobowiązujemy się do zwrotu kosztów dofinansowania poniesionych przez Gminę Miasto Szczecin na rzecz Wykonawcy Programu.
- 5.Deklarujemy udział w Programie realizowanym przez.....
(pełna nazwa i adres podmiotu leczniczego Wykonawcy Programu)

.....
(miejsowość, data).....
(czytelny podpis -kobieta).....
(miejsowość, data).....
(czytelny podpis -mężczyzna)

Oświadczam, że
(pełna nazwa Podmiotu wykonującego Program)

posiadam polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie realizacji Programu zgodnie z § 2
umowy nr CRU:

.....
Data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Sprawozdanie częściowe z realizacji programu polityki zdrowotnej pn. Wsparcie par, a w szczególności mężczyzn wymagających wysokospecjalistycznej opieki oraz diagnostyki immunologicznej i genetycznej niepłodności wraz ze wsparciem inseminacji dla mieszkańców miasta Szczecina na lata 2022-2026

Czas realizacji „Programu” - I półrocze/ II półrocze rok;

1. Plan wg. umowy/aneksu w roku -zł brutto;
2. Środki finansowe wydatkowane za miesiąc -zł brutto;
3. Data i nr wystawionej faktury.....;
4. Liczbowe określenie skali działań
5. Lista par biorąca udział w Programie

L.p.	Data urodzenia dzień- miesiąc -rok	Nr ewidencyjny uczestnika Programu	Data rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych	Wykonane świadczenie zdrowotne zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy	Koszt jednostkowy wykonanego świadczenia
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.	/K /M			
				razem	

6. Monitorowanie / Ocena realizacji umowy

	wskaźnik	odsetek	liczba
1.	Odsetek par ze zdiagnozowaną niepłodnością		
2.	Liczba wykonanego podstawowego badania nasienia		
3.	Liczba wykonanej diagnostyki seminologicznej		
4.	Liczba wykonanej diagnostyki genetycznej		
5.	Liczba wykonanej diagnostyki immunologicznej przeciwciał przeciwplemnikowych		
6.	Liczba wykonanych paneli badań wykonanych przed inseminacją		
7.	Liczba par biorących udział w Programie		
8.	Liczba par, które ukończą etap diagnostyczny		
9.	Liczba par skierowana do dalszego leczenia niepłodności w ramach procedury zapłodnienia pozaustrojowego		
10.	Liczba par zakwalifikowanych do procedury inseminacji		
11.	Liczba wykonanych procedur inseminacji		
12.	Liczba par z wykonaną 1 procedurą inseminacji		
13.	Liczba par, u której wykonano 2 procedury inseminacji		
14.	Liczba par, u której wykonano 3 procedury inseminacji		
15.	Liczba par objętych panelem badań przed inseminacją		
16.	Liczba par objętych opieką nad parą w trakcie realizacji programu i monitorowane w trakcie diagnostyki i leczenia		
17.	Liczba ciąż/odsetek, w tym liczba ciąż pojedynczych i wielopłodowych		
18.	Liczba urodzeń żywych		
19.	Liczba urodzeń martwych		
20.	Liczba poronień		
21.	Liczba wypełnionych ankiet przez uczestników programu		

.....
Data, pieczęćka i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Raport końcowy z realizacji całego programu polityki zdrowotnej pn. Wsparcie par, a w szczególności mężczyzn wymagających wysokospecjalistycznej opieki oraz diagnostyki immunologicznej i genetycznej niepłodności wraz ze wsparciem inseminacji dla mieszkańców miasta Szczecina na lata 2022-2026.

1.Okres realizacji umowy:.....					Faktyczny okres realizacji umowy:.....				
2.Opis sposobu osiągnięcia celów programu:.....									
3.Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach umowy:.....									
4.Koszty realizacji umowy w latach 2022-2026									
2022		2023		2024		2025		2026	
plan	wykonanie	plan	wykonanie	plan	wykonanie	plan	wykonanie	plan	wykonanie
Koszty jednostkowe za świadczenie medyczne z dofinansowania ze środków Gminy Miasto Szczecin									
Lp.	Rok	Nazwa kosztu						Kwota kosztu (w zł)	
5.Monitorowanie / Ocena realizacji umowy									
wskaźnik					wynik (w roku)				
					2022	2023	2024	2025	2026
1.	Odsetek par ze zdiagnozowaną niepłodnością								
2.	Liczba wykonanego podstawowego badania nasienia								
3.	Liczba wykonanej diagnostyki seminologicznej								
4.	Liczba wykonanej diagnostyki genetycznej								
5.	Liczba wykonanej diagnostyki immunologicznej przeciwciał przeciwplemnikowych								
6.	Liczba wykonanych paneli badań wykonanych przed inseminacją								
7.	Liczba par biorących udział w Programie								
8.	Liczba par, które ukończą etap diagnostyczny								
9.	Liczba par skierowana do dalszego leczenia niepłodności w ramach procedury zapłodnienia pozaustrojowego								
10.	Liczba par zakwalifikowanych do procedury inseminacji								
11.	Liczba wykonanych procedur inseminacji								
12.	Liczba par z wykonaną 1 procedurą inseminacji								
13.	Liczba par, u której wykonano 2 procedury inseminacji								
14.	Liczba par, u której wykonano 3 procedury inseminacji								
15.	Liczba par objętych panelem badań przed inseminacją								
16.	Liczba par objętych opieką nad parą w trakcie realizacji programu i monitorowane w trakcie diagnostyki i leczenia								
17.	Liczba ciąż/odsetek, w tym liczba ciąż pojedynczych i wielopłodowych								
18.	Liczba urodzeń żywych								
19.	Liczba urodzeń martwych								
20.	Liczba poronień								
21.	Liczba wypełnionych ankiet przez uczestników programu								
6.Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji umowy					Opis podjętych działań modyfikujących				
Problem 1:.....					Działanie modyfikujące:.....				
Problem... :.....					Działanie modyfikujące:.....				

.....
Data, pieczętka i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy