

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

OFERTA

na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Wsparcie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego - in vitro dla mieszkańców gminy Police w roku 2024”

I. DANE OFERENTA		
1.	Pełna nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą (w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej)	
2.	Dokładny adres siedziby Oferenta	
3.	Forma prawna	
4.	Adres miejsca wykonywania Programu	
5.	Numer telefonu Oferenta	
6.	Adres e-mail Oferenta	
7.	Nazwa podmiotu tworzącego	
8.	Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego rejestru/ewidencji	
9.	Numer wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i nazwa organu prowadzącego rejestr	
10.	NIP	
11.	REGON	
12.	Nazwa banku i numer konta bankowego	
13.	Kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel., e-mail)	
14.	Imię i nazwisko, telefon kontaktowy oraz adres e-mail do osoby upoważnionej przez Oferenta do udzielania informacji dotyczących oferty	
15.	Imię i nazwisko, telefon kontaktowy oraz adres e-mail do osoby odpowiedzialnej za realizację zadania	
16.	Imię i nazwisko, telefon kontaktowy oraz adres e-mail do osoby odpowiedzialnej za finansowe rozliczenie zadania	
17.	Imiona oraz nazwiska, telefony kontaktowe oraz adresy e-mail osób upoważnionych do podpisywania umowy na realizację programu zdrowotnego	

18.	Okres realizacji programu (od - do)	
-----	-------------------------------------	--

II. OPIS PROPONOWANEJ REALIZACJI PROGRAMU

1. Szczegółowy opis realizacji programu uwzględniający jego specyfikę m.in. populacja objęta programem (wiek/rocznik), liczba osób objętych programem w 2024 r., rodzaj i zakres świadczeń, opis monitorowania zadania)

2. Szczegółowe informacje dotyczące warunków lokalowych oraz posiadanej aparatury i sprzętu medycznego w miejscu, w którym realizowany będzie program (m.in. wydzielona rejestracja, gabinety ginekologiczne, wydzielona część biotechnologiczna, układ pomieszczeń, posiadany sprzęt i aparatura)

3. Kwalifikacje personelu, biorącego udział w programie

PERSONEL MAJĄCY BRAĆ UDZIAŁ W PROGRAMIE					
Lp.	Imię i nazwisko	Tytuł lub stopień naukowy	Posiadane specjalizacje	Posiadane certyfikaty (w szczególności ESHRE)	Doświadczenie w zakresie stosowania zaawansowanych metod wspomaganego rozrodu. W przypadku psychologa – doświadczenie w pracy z pacjentami niepłodnymi (Należy wpisać okres czasu np. 3 lata)
Lekarze specjaliści w zakresie ginekologii i położnictwa					
1.					
2.					
Lekarz/ analityk/ biolog/ embriolog/ psycholog legitymujący się udokumentowanym doświadczeniem w zakresie stosowania metod wspomaganego rozrodu					
1.					
2.					
Anestezjolog					
1.					

2.					
Pielęgniarki i położne					
1.					
2.					
Personel administracyjny					
1.					
2.					

4. 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

5. Skuteczność zapłodnienia pozaustrojowego IVF/ICSI udokumentowana:

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

6. Inne czynniki związane z organizacją i mające wpływ na realizację programu (np. badania własne, rekomendacje, certyfikaty itp.)

7. Miejsce realizacji programu polityki zdrowotnej (dokładny adres, telefon, adres e-mail, zasady rekrutacji/udziału beneficjentów w programie, dni i godziny realizacji programu...)

8. Harmonogram planowanych działań (z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia)

Lp.	DZIAŁANIE	DATA ROZPOCZĘCIA	DATA ZAKOŃCZENIA	UWAGI
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

9. Opis sposobu rekrutacji (kryteria i narzędzia rekrutacji)

III. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU

1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów:

RODZAJ KOSZTÓW*	LICZBA PLANOWANYCH JEDNOSTEK	KOSZT JEDNOSTKOWY (ZŁ)	RODZAJ MIARY	KOSZT CAŁKOWITY (ZŁ)	WNIOSKOWANA WYSOKOŚĆ DOFINANSOWANIA Z BUDŻETU GMINY (ZŁ)
OGÓŁEM					

* zgodnie z ogłoszeniem konkursowym

2. Przewidywane źródła finansowania programu:

Źródła finansowania	zł	%
Kwota dofinansowania		
Finansowe środki własne, środki z innych źródeł oraz wpłaty i opłaty adresatów (z tego wpłaty i opłaty adresatów zadania zł)		
Ogółem		

3. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty:

--

IV. OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oferent oświadcza, że:

- 1) zapoznał się z treścią Programu oraz dokumentacją konkursu ofert i akceptuje wszystkie zawarte w niej treści;
- 2) spełnia warunki określone przepisami ustawy o leczeniu niepłodności i będzie postępował zgodnie z jej przepisami;
- 3) jest wpisany do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- 4) w ramach realizacji Programu będzie raportował wyniki leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego i stosowania metod wspomaganego rozrodu w ramach programu Europejskiego IVF Monitoring (EIM);
- 5) realizując Program będzie stosował wytyczne zawarte w rekomendacjach pacjenckich w leczeniu niepłodności Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian”;
- 6) współpracuje z psychologiem, posiadającym praktykę w pracy z pacjentami niepłodnymi, na terenie prowadzonej działalności oraz zapewni, na koszt własny, uczestnikom programu możliwość skorzystania z bezpłatnej wizyty u psychologa;
- 7) 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, w tym zawodowego;
- 8) wszystkie pomieszczenia i urządzenia, które służyć będą realizacji Programu odpowiadają wymaganiom właściwym do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz wymaganiom ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym, określonym przepisami prawa;
- 9) posiada polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym Programem;
- 10) w ramach realizacji Programu będzie stosować standardy i rekomendacje Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Sekcji Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników;
- 11) nie zalega z płatnościami podatków oraz składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne;
- 12) jest jedynym posiadaczem rachunku bankowego, na który zostaną przekazane środki finansowe i zobowiązuje się utrzymać go do chwili rozliczenia tych środków;
- 13) wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
Data, podpis/podpisy osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do działania w imieniu
Oferenta

Uwaga: podpis należy składać pełnym imieniem i nazwiskiem (czytelnie) z zaznaczeniem pełnionej funkcji lub opatrzyć imienną pieczętą

Dokumenty, które oferent dołącza do oferty:

1. aktualny odpis/wydruk z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę oraz umocowaniu osób go reprezentujących, które podpisały ofertę;
2. kserokopię pozwolenia Ministra Zdrowia na prowadzenie ośrodka medycznie wspomaganą prokreacji oraz kopię dokumentu potwierdzającego pozytywną opinię właściwego inspektora sanitarnego;
3. oświadczenie (sporządzone według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszego ogłoszenia), że świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego będą finansowane jedynie przez gminę Police i nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami, oraz że załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty,
4. dokument potwierdzający ubezpieczenie realizatora programu zdrowotnego od odpowiedzialności cywilnej w ramach prowadzonej działalności (lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem),
5. pisemne wyrażenie zgody na przetwarzanie przez Gminę Police danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO oraz ewentualne udostępnienie tych danym wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa;
6. kserokopię Certyfikatu dla Systemu Zarządzania wg PN-EN ISO 9001 w zakresie leczenia niepłodności – jeżeli dotyczy tj. w przypadku posiadania przez Oferenta przedmiotowego Certyfikatu. Za przedmiotowy Certyfikat Oferent otrzymuje punkty w ocenie merytorycznej oferty.

.....
Data, podpis/podpisy osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do działania w imieniu
Oferenta

Uwaga: podpis należy składać pełnym imieniem i nazwiskiem (czytelnie) z zaznaczeniem pełnionej funkcji lub opatrzyć imienną pieczętą