

Załącznik nr 1 do Ogłoszenia konkursu ofert na wybór w 2023 r. realizatora Programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Białystok w latach 2023 – 2024 Projekt obywatelski”.

## FORMULARZ OFERTOWY

<b>I. DANE OFERENTA</b>	
<b>Pełna nazwa podmiotu składającego ofertę</b>	
<b>Dokładny adres</b> Ulica/nr Miejscowość/kod pocztowy Telefon/fax	
<b>Adres e-mail</b>	
<b>Forma prawna</b>	
<b>Osoba prawna upoważniona do reprezentowania Oferenta</b> <i>(nazwisko i imię, tel.kontaktowy, e-mail)</i>	
<b>Organ założycielski lub właściciel</b>	
<b>Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli posiada)</b>	
<b>NIP</b>	
<b>REGON</b>	
<b>Nazwa banku i numer rachunku bankowego</b>	
<b>Osoba uprawniona do kontaktów z ogłoszeniodawcą w sprawie złożonej oferty</b>  <i>(imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail)</i>	

<b>Deklarowany okres realizacji Programu</b>	<b>Od:</b>	<b>Do:</b>

## II. OPIS DZIAŁAŃ PLANOWANYCH DO REALIZACJI W RAMACH PROGRAMU

<b>1</b>	<b>Zapraszanie/rekrutacja par do Programu</b>	
<b>2</b>	<b>Organizacja Programu</b>	
<b>3</b>	<b>Interwencje podejmowane w ramach Programu</b>	
<b>4</b>	<b>Dostępność usług realizowanych w ramach Programu</b>	
<b>5</b>	<b>Monitorowanie i ewaluacja usług realizowanych w ramach Programu</b>	

## III. DOŚWIADCZENIE OFERENTA I SKUTECZNOŚĆ REALIZACJI PROGRAMU

<b>1</b>	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						
	<i>Nazwa programu</i>	<i>Organ administracji rządowej lub samorządowej</i>		<i>Rok realizacji</i>			
<b>2</b>	Skuteczność zapłodnienia pozaustrojowego IVF/ICSI udokumentowana w raportach do konsorcjum udokumentowana w raportach do konsorcjum European IVF-monitoring (EIM) prowadzonego przez ESHRE w okresie ostatnich 5 lat						
	<i>Rok</i>	<i>Brak powstałej ciąży klinicznej</i>	<i>Ciąża kliniczna pojedyncza</i>	<i>Ciąża kliniczna wielopłodowa</i>	<i>Suma transferów</i>	<i>Ciąże kliniczne łącznie</i>	<i>Stosunek liczby ciąż klinicznych do liczby transferów (w %)</i>
	2022						
	2021						
	2020						
	2019						
	2018						
<b>3</b>	Skuteczność zapłodnienia pozaustrojowego IVF/ICSI w odniesieniu do liczby procedur przewidzianych w Programie – liczba ciąż w stosunku do liczby 200 procedur rocznie przeprowadzonych w okresie ostatnich 3 lat						
	<i>Rok</i>	<i>Dane dot. 200 transferów</i>		<i>Brak powstałej ciąży klinicznej</i>		<i>Ciąże kliniczne łącznie (pojedyncze i wielopłodowe)</i>	

2022			
2021			
2020			

#### IV. KOMPETENCJE I KWALIFIKACJE OFERENTA

<b>1. Kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w realizacji Programu</b>					
Lp.	Imię i Nazwisko	Tytuł lub stopień naukowy	Uzyskane Specjalizacje	Numer prawa wykonywania zawodu	Doświadczenie w leczeniu metodą zapłodnienia pozaustrojowego (tak/nie)
<b>lekarze specjaliści z zakresu ginekologii i położnictwa</b>					
<b>lekarze i specjaliści legitymujący się uprawnieniami z zakresu stosowania metod wspomaganego rozrodu</b>					
<b>Anestezjolog/anestezjolożka</b>					
<b>pielęgniarki i położne</b>					
<b>psycholog</b>					
<b>Osoba/y odpowiedzialna za system jakości</b>					
<b>2. Sprzęt i aparatura przeznaczona na realizację Programu</b>					
<b>3. Przechowywanie zarodków w banku komórek rozrodczych i zarodków w ramach realizacji Programu</b>					
<b>4. Przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji medycznej</b>					
<b>5. Nagrody i certyfikaty potwierdzające jakość usług świadczonych przez Oferenta</b>					

#### V. UWAGI OFERENTA ISTOTNE DLA OCENY OFERTY

--

--

<b>VI. OŚWIADCZENIA OFERENTA</b>	
<b>1.</b>	<p>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</p> <p>Białystok, dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... (Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</p>
<b>2.</b>	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada lokal usytuowany na terenie miasta Białystok niezbędny do prawidłowej realizacji Programu</p> <p>Białystok, dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... (Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</p>
<b>3.</b>	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapewnia właściwy sprzęt medyczny niezbędny do prawidłowej realizacji Programu</p> <p>Białystok, dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... (Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</p>
<b>4.</b>	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu</p> <p>Białystok, dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... (Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</p>
<b>5.</b>	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę stosuje standardy zgodne z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii</p> <p>Białystok, dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... (Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</p>
<b>6.</b>	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę raportował przez okres ostatnich 3 lat od złożenia oferty wyniki leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego i stosowania metod wspomaganego rozrodu do Europejskiego Programu Monitoringu Wyników Leczenia Metodami Zapłodnienia Pozaustrojowego - European IVF Monitoring (EIM)</p> <p>Białystok, dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... (Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</p>
<b>7.</b>	<p>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</p> <p>Białystok, dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... (Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</p>

8.	<p>Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych</p> <p>Białystok, dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... (Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</p>
9.	<p>Oświadczam, że jako osoba uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę, nie jestem ani nie byłam/em objęta/y zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz karana/y za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe</p> <p>Białystok, dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... (Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</p>
10.	<p>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</p> <p>Białystok, dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... (Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</p>
11.	<p>Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem finansowanym z budżetu Miasta Białystok, udzielonych uczestnikom tego programu, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego</p> <p>Białystok, dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... (Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</p>
12.	<p>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) –zwanego dalej RODO</p> <p>Białystok, dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... (Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</p>
13.	<p>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. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Białystok” w latach 2023 – 2024 Projekt obywatelski”</p> <p>Białystok, dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... (Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</p>
14.	<p>Oświadczam, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.</p> <p>Białystok, dnia .....</p> <p style="text-align: right;">..... (Podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Oferenta)</p>

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 wspomaganey prokreacji, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy o leczeniu niepłodności (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 442);
8. 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 2020 r. poz. 442);

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	<b>PODPIS</b> <i>Osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta</i> <i>W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika Podwykonawców</i>