**Załącznik**

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

(pieczęć podmiotu leczniczego)

**OFERTA**

**NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

w trybie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku

o świadczeniach opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 t.j.)

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

(nazwa programu zgodna z ogłoszeniem konkursowym )

w okresie od ........................ do ............................

## I. DANE NA TEMAT PODMIOTU

1. NAZWA PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

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

(podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej )

1. DOKŁADNY ADRES: ………………………………………………………………………………….

TEL. ………………………………………….. FAX. …………………………….............................

E-MAIL ………………………………………… http:// ……………………………………………….

1. ADRES MIEJSCA WYKONYWANIA PROGRAMU…………………………………………………
2. FORMA PRAWNA ......................................................................................................................
3. NUMER WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW LECZNICZYCH I ORGAN PROWADZĄCY REJESTR

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

1. NUMER WPISU DO REJESTRU SĄDOWEGO LUB INNEGO REJESTRU/EWIDENCJI .........................................................................................
2. NR NIP/REGON ……………………………
3. NAZWA BANKU I NR RACHUNKU …………….........................................................
4. NAZWISKA I IMIONA OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO PODPISYWANIA UMOWY NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

1. OSOBA UPOWAŻNIONA DO SKŁADANIA WYJAŚNIEŃ I UZUPEŁNIEŃ DOTYCZĄCYCH OFERTY (IMIĘ I NAZWISKO, FUNKCJA ORAZ NR TELEFONU KONTAKTOWEGO)

…………………………………………………………………………………………………

1. **OPIS REALIZACJI PROGRAMU**
2. 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)

|  |
| --- |
|  |

1. 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)

|  |
| --- |
|  |

1. Kwalifikacje personelu, biorącego udział w programie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERSONEL MAJĄCY BRAĆ UDZIAŁ W PROGRAMIE** | | | | | |
| l.p | 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 wspomagania rozrodu | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| Anestezjolog | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| Pielęgniarki i położne | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| Personel administracyjny | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

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)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Nazwa programu | Organ administracji rządowej lub samorządowej | Rok realizacji | Liczba procedur wykonanych w ramach programu |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Działanie | Data rozpoczęcia | Data zakończenia | Uwagi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Opis sposobu rekrutacji (kryteria i narzędzia rekrutacji)

|  |
| --- |
|  |

**III. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU**

Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj kosztów\* | Liczba planowanych jednostek | Koszt jednost kowy (zł) | Rodzaj miary | Koszt całkowity (zł) | Wnioskowana wysokość dofinansowani a z budżetu gminy (zł) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| OGÓŁEM |  |  |  |  |  |

\* zgodnie z ogłoszeniem konkursowym

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty:

|  |
| --- |
|  |

**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 Europen 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 |

**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 wspomaganej prokreacji oraz kopię dokumentu potwierdzającego pozytywną opinię właściwego inspektora sanitarnego;
3. oświadczenie, że świadczenia wykonywane w ramach programu zdrowotnego będą finansowane jedynie przez Gminę Miasto Elbląg 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 Miasto Elbląg 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