

OFERTA KONKURSOWA

na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie diagnozowania i leczenia niepłodności dla mieszkańców Powiatu Olkuskiego na rok 2024”.

OFERENT

Pełna nazwa Oferenta:

Siedziba oferenta
(miejscowość, ulica i numer
lokalu, telefon fax, e-mail):

Nazwiska i imiona osób
upoważnionych do
reprezentacji i składania
oświadczeń woli w imieniu
oferenta

Nr wpisu do rejestru
podmiotów wykonujących
działalność leczniczą oraz
do rejestru Ośrodków
Medycznie wspomaganey
Prokreacji Banków Komórek
Rozrodczych i Zarodków

NIP:

REGON:

Nazwa banku:

Nr konta:

OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA REALIZACJĘ PROGRAMU

Imię i nazwisko

Mail:

Telefon:

OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA FINANSOWE ROZLICZENIE PROGRAMU

Imię i nazwisko

Mail:

Telefon:

Informacje dotyczące liczby i kwalifikacji personelu biorącego udział w realizacji programu
(imię i nazwisko, tytuł lub stopień naukowy, uzyskane specjalizacje)

1. Lekarze specjaliści w zakresie ginekologii i położnictwa
2. Lekarz/analytyk/biolog legitymujący się udokumentowanym doświadczeniem w zakresie stosowania metod wspomaganego rozrodu
3. Anestezjolog

<p>4. Psycholog posiadający praktykę w dziedzinie psychologii leczenia niepłodności.</p> <p>5. Dietetyk</p>
<p>Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją programów leczenia niepłodności Ministerstwa Zdrowia</p>
<p>Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją programów leczenia niepłodności we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego</p>
<p>Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki)</p>
<p>Krótki opis warunków lokalowych</p>
<p>Inne wyposażenie zabezpieczone do realizacji programu</p>
<p>Planowane działania informacyjne, sposób rekrutacji uczestników do programu</p>
<p>Planowana liczba uczestników/par w części I diagnostycznej programu</p>
<p>Planowana liczba uczestników/par w części II programu leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego</p>
<p>Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji Programu (szczegółowo opisane w programie, stanowiącym załącznik do uchwały)</p> <p>Koszty jednostkowe brutto interwencji przewidzianych w I części (diagnostycznej) programu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wstępna konsultacja w kierunku niepłodności 2. Kolejna konsultacja w kierunku niepłodności (dwie wizyty) 3. Konsultacja andrologiczna

4. Konsultacja endokrynologiczna
5. Konsultacja dietetyczna
6. Badanie AMH
7. Pakiet badań hormonalnych (FSH, LH, estradiol, TSH, testosteron, prolaktyna)
8. Rozszerzone badanie nasienia

Koszty brutto procedury zapłodnienia pozaustrojowego, w tym koszt jednostkowy pełnej procedury i koszt dofinansowania z budżetu Powiatu Olkuskiego

- a) Procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet (dawstwo partnerskie) lub z wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie),
- b) Procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem żeńskich komórek rozrodczych od dawczyni (dawstwo inne niż partnerskie)
- c) Procedura adopcji zarodka (dawstwo inne niż partnerskie)

Informacje dodatkowe

Miejscowość, data	Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania
-------------------	--

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO OFERTY

Dokumenty

1. Aktualny wydruk/odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument stanowiący o podstawie prawnej działania podmiotu
2. Upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
3. Aktualny wydruk/odpis z rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
4. Pozwolenie/decyzja Ministra Zdrowia na prowadzenie ośrodka medycznie wspomaganą prokreacji oraz dokument potwierdzający pozytywną opinię właściwego inspektora sanitarnego.
5. Kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu.

Oświadczenia stanowiące Załącznik Nr 3 do Uchwały

1. Oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych, a w stosunku do osób uprawnionych do reprezentowania oferenta nie orzeczono zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie są one karane za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

2. Oświadczenie, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.
3. Oświadczenie o spełnieniu wymagań określonych w przepisach odrębnych, w szczególności w ustawie z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz. U. z 2020 r., poz. 442)
4. Oświadczenie o dysponowaniu kadrą posiadającą odpowiednie kwalifikacje zawodowe do realizacji programu
5. Oświadczenie o dysponowaniu odpowiednią aparaturą medyczną do realizacji programu.
6. Oświadczenie o posiadaniu odpowiednich warunków lokalowych do prowadzenia leczenia
7. Oświadczenie o posiadaniu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym dla realizacji zadania
8. Oświadczenie o realizacji Europejskiego programu monitoringu wyników leczenia metodami zapłodnienia pozaustrojowego European IVF Monitoring EIM i raportuje dane do europejskiego raportu ESHRE.
9. Oświadczenie o stosowaniu w trakcie leczenia wytycznych zawartych w Algorytmach Diagnostyczno- Lecznicych w Niepłodności opracowanych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Sekcję Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.
10. Oświadczenie o wykonaniu w ciągu ostatnich lat co najmniej 200 procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie.
11. Oświadczenie o zapoznaniu z treścią Programu pn. „Programu polityki zdrowotnej w zakresie diagnozowania i leczenia niepłodności dla mieszkańców Powiatu Olkuskiego na rok 2024 .” oraz treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert.