Załącznik nr 4 do uchwały nr……

Zarządu Województwa

Warmińsko-Mazurskiego

z dnia …………..

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. DANE OFERENTA** | | | | |
| **Pełna nazwa podmiotu**  **składającego ofertę** | |  | | |
| **Dokładny adres**  ulica/nr  miejscowość/kod pocztowy  telefon/fax | |  | | |
| **Adres e-mail** | |  | | |
| **Forma prawna** | |  | | |
| **Osoba upoważniona do reprezentowania Oferenta**  (nazwisko i imię,  tel. kontaktowy, e-mail) | |  | | |
| **Organ założycielski** **lub właściciel** | |  | | |
| **Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą** | |  | | |
| **NIP** | |  | | |
| **REGON** | |  | | |
| **Nazwa banku**  **i numer rachunku bankowego** | |  | | |
| **Osoba uprawniona do kontaktów z ogłoszeniodawcą w sprawie złożonej oferty**  (imię, nazwisko, tel. kontaktowy, adres e-mail) | |  | | |
| **Deklarowany okres realizacji Programu** | | **Od** | | **Do** |
|  | |  |
| **II. OPIS DZIAŁAŃ PLANOWANYCH DO REALIZACJI W RAMACH PROGRAMU** | | | | |
| **1.** | **Zapraszanie/rekrutacja par do Programu** | |  | |
| **2.** | **Organizacja Programu** | |  | |
| **3.** | **Interwencje podejmowane w ramach Programu** | |  | |
| **4.** | **Dostępność usług realizowanych w ramach Programu** | |  | |
| **5.** | **Monitorowanie i ewaluacja usług realizowanych w ramach Programu** | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. DOŚWIADCZENIE OFERENTA I SKUTECZNOŚĆ REALIZACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH** | | | | | | | | | |
| **1.** | Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją programów polityki zdrowotnej ( w tym leczenia niepłodności) we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego i/lub z we współpracy z innymi podmiotami | | | | | | | | |
| *Nazwa programu* | | | | *Organ administracji rządowej/ samorządowej /i lub inny podmiot* | | | | *Rok realizacji* | |
|  | | | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |
|  | | | |  | | | |  | |
| **2.** | Dotychczasowe doświadczenie Oferenta związane z realizacją działań informacyjnych i edukacyjnych prowadzonych na rzecz osób borykających się z problemem niepłodności | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **3.** | Zakres przedmiotu konkursu do wykonania przez podwykonawcę | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 4. | Efektywność w odniesieniu do liczby par zakwalifikowanych do leczenia, w tym liczba uzyskanych ciąż i urodzonych dzieci w ciągu ostatnich trzech lat | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| **IV. KOMPETENCJE I KWALIFIKACJE OFERENTA** | | | | | | | | | |
| **1.** | | **Kwalifikacje personelu, który będzie brał udział w realizacji Programu** | | | | | | | |
| ***Lp.*** | | ***Imię i Nazwisko*** | ***Tytuł lub stopień naukowy*** | | ***Uzyskane Specjalizacje*** | | ***Numer prawa wykonywania zawodu*** | | ***Doświadczenie w leczeniu niepłodności (tak/nie****)* |
| **lekarze specjaliści z zakresu ginekologii i położnictwa** | | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
| **Lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii** | | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
| **Lekarze specjaliści w dziedzinie radiologii** | | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
| **Lekarze specjaliści w dziedzinie urologii** | | | | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
| **Lekarze specjaliści w dziedzinie seksuologii** | | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
| **Lekarze specjaliści w dziedzinie andrologii, genetyki klinicznej** | | | | | | | | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
| **pielęgniarki i położne, diagności laboratoryjni** | | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
| **psycholog/psychoterapeuta** | | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
| **Dietetyk** | | | | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
| **Urofizjoterapeuta ginekologiczny** | | | | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
| **Instruktor metod rozpoznawania płodności** | | | | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  | |  |
| **2.** | | **Sprzęt i aparatura przeznaczona na realizację Programu** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **3.** | | **Przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji medycznej** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **4.** | | **Koszty realizacji Programu (koszt całkowity kompleksowego postępowania zgodnie z zadaniami ujętymi w Programie w rozbiciu na poszczególne interwencje)** | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | |
| **Łączna cena brutto wszystkich interwencji** | | | |  | | | |
| **5.** | | **Wykonywanie usług diagnostyczno-leczniczych na terenie województwa warmińsko –mazurskiego i lub na terenie województw ościennych** (mazowieckie, podlaskie, pomorskie, kujawsko pomorskie) | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **V. UWAGI OFERENTA ISTOTNE DLA OCENY OFERTY** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VI. OŚWIADCZENIA OFERENTA** | |
|  | 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.  ……………………., dnia …...……………………… . ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę zapewnia właściwy sprzęt medyczny niezbędny do prawidłowej realizacji Programu.  ………………………., dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu.  ……………………, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę stosuje standardy zgodne z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii.  ………………………………, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | 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.  …………………………., dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.  ………………………. , dnia …...…………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że jako osoba uprawniona do reprezentowania podmiotu składającego ofertę nie jestem ani nie byłam(-łem) objęta(-ty) zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi, ani karana(-ny) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.  …………………………., dnia …...………………….  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | 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.  ……………………………, dnia …...………………….  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
|  | Oświadczam, że podmiot składający ofertę nie będzie wykazywał świadczeń zdrowotnych objętych Programem finansowanym z budżetu Samorządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego, udzielonych uczestnikom tego programu, jako świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.  …………………………….., dnia …...………………….  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| **10** | 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).  ………………………………, dnia …...………………….  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| **11** | 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 dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganej reprodukcji  ………………………….., dnia …...………………….  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |
| **12** | Oświadczam, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.  ……………………………., dnia …...………………….  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |

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. dokument stwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
4. dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej Okręgowej Rady Lekarskiej (w przypadku praktyk zawodowych lekarzy indywidualnych lub grupowych);
5. zezwolenie na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych);
6. decyzję Ministra Zdrowia na wykonywanie czynności referencyjnego ośrodka leczenia niepłodności

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** | **PODPIS**  **osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta**  **W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika podwykonawców** |
|  |  |  |