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/nrmiejscowość/kod pocztowytelefon/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** |
|  |  |  |