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

(pieczęć Oferenta) Miejscowość, data

# FORMULARZ OFERTOWY

na realizację zadania pn:

**„Program polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko -mazurskiego na 2021 rok”**

**Program** stanowi załącznik do uchwały nr 56/764/20/VI Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 15 grudnia 2020 r. w sprawie przyjęcia do realizacji „Programu polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok”, **zwanego dalej „programem”**

## 1. Dane Oferenta

Nazwa Oferenta[[1]](#footnote-1): ..........................................................................................................

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

Adres siedziby:………………………………....................................................................

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

REGON:.........................................................................................................................

NIP:................................................................................................................................

Kierownik podmiotu leczniczego:..................................................................................

(imię i nazwisko, nr tel.. e-mail): ....................................................................................

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

Osoba odpowiedzialna za realizację zadania................................................................

(imię i nazwisko, nr tel, e-mail).......................................................................................

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

Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania:............................................

(imię i nazwisko, nr tel, e-mail).......................................................................................

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

Nazwa i Nr rachunku bankowego:.................................................................................. ........................................................................................................................................

Nr księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej: ................................................................

Nr księgi rejestrowej w rejestrze Ośrodków Medycznie Wspomaganej Prokreacji  
i Banków Komórek Rozrodczych i Zarodków: ........……………………………………….

## Województwa, na terenie których Oferent świadczy usługi będące przedmiotem Programu……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

## 2. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji Programu

**Uwaga: Przyjmuje się, że leczenie metodą zapłodnienia pozaustrojowego składa się z części klinicznej i biotechnologicznej**.

**Na część kliniczną procedury zapłodnienia pozaustrojowego składa się:**

* wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych oraz badań dodatkowych,
* przeprowadzenie i monitorowanie stymulacji owulacji (w przypadku dawstwa partnerskiego lub dawstwa męskich komórek rozrodczych w dawstwie innym niż partnerskie) oraz ewentualny dobór dawcy nasienia (w przypadku dawstwa męskich komórek rozrodczych).
* W przypadku zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie z wykorzystaniem żeńskiej komórki rozrodczej lub adopcji zarodka, na część kliniczną składa się wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych i dodatkowych, przygotowanie biorczyni do dalszych etapów postępowania zakończonego transferem zarodka, oraz wybór dawczyni komórki jajowej lub dawców zarodka.

**Na część biotechnologiczną procedury zapłodnienia pozaustrojowego składa się:**

* punkcja komórek jajowych przeprowadzona w znieczuleniu ogólnym,
* pobranie nasienia (również - jeżeli zaistnieje taka potrzeba - poprzez biopsję jądra lub biopsję najądrzy)
* przeprowadzenie procedury zapłodnienia pozaustrojowego,
* hodowla i nadzór nad rozwojem zarodków oraz ich transfer do macicy i kriokonserwacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym, które nie zostały transferowane.

1. Całkowity koszt brutto jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego wyniesie………...........................………zł., słownie................................................................................................................
2. Całkowity koszt brutto jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie (z wykorzystaniem żeńskich komórek rozrodczych lub męskich komórek rozrodczych wyniesie zł...............................słownie...............................................................................
3. Całkowity koszt jednej procedury dawstwa zarodka (adopcji zarodka) w ramach dawstwa innego niż partnerskie, od dawców wyniesie ……………………..…zł. słownie........................................................................

Liczba procedur zapłodnienia pozaustrojowego – 42.

**3. Koszt jednostkowy pary**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Rodzaj procedury** | **Kwota dopłaty wnoszona przez pary\***  **(zł)** | **% dopłaty wnoszonej przez pary  w całkowitej kwocie procedury (jednostkowej)** |
| 1. | Procedura zapłodnienia pozaustrojowego  w ramach dawstwa partnerskiego | ……………. zł | …………..% |
| 2. | Procedura zapłodnienia pozaustrojowego  w ramach dawstwa innego niż partnerskie (z wykorzystaniem żeńskich lub męskich komórek rozrodczych) | ……………. zł | …………..% |
| 3. | Procedura zapłodnienia pozaustrojowego  w ramach adopcji zarodka | ……………. zł | …………..% |

\***różnica pomiędzy całkowitym kosztem procedury a kwotą dofinansowania przez Organizatora**

## 4. Liczba i kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń w ramach programu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Liczba osób | Tytuł lub stopień naukowy | Uzyskane specjalizacje | Posiadanie certyfikatu embriologa klinicznego PTMR/PTMRiE i/lub ESHRE,  (wpisać tak lub nie) | Doświadczenie z zakresu embriologii klinicznej wpisać okres od…do |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

## 5. Czas i miejsce dostępności świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu.

Udzielanie świadczeń przez 6 dni w tygodniu z zapewnieniem nadzoru embriologicznego nad laboratorium przez 7 dni w tygodniu. Realizator zapewni również możliwość zrealizowania świadczeń w trybie weekendowym (dyżurnym), jeśli będzie tego wymagała sytuacja kliniczna pacjentów, będących uczestnikami Programu. Realizator Programu ma obowiązek zapewnić uczestnikom Programu możliwość rejestracji telefonicznej i elektronicznej, oraz umożliwić im kontakt telefoniczny z personelem medycznym przez 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę na wypadek powikłań pozabiegowych........................tak/nie

Dodatkowo:

Realizacja świadczeń dwa razy w tygodniu do godziny 19.00..........................(tak/nie)

i/lub

Realizacja świadczeń dwa razy w tygodniu do godziny 20.00......……………..(tak/nie)

Miejsce(a) udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji (wpisać: województwo miasto, ulicę z numerem):

1)………………………………………………….…………………………………………..…

2) ……………………………………………………………………………………………..…

3)…………………………………………………………………………….………………….

4)……………………………………………………………………………………………….

5)………………………………………………………………………………………………..

## 6. Oświadczenia Oferenta\*:

1). Oświadczam, że zaproponowany w formularzu ofertowym całkowity koszt brutto jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego oraz całkowity koszt brutto jednej procedury adopcji zarodka, w przypadku zawarcia umowy, pozostanie niezmienny przez cały okres obowiązywania umowy.

2). Oświadczam, że posiadam sprzęt i aparaturę medyczną o wymaganiach i w ilości wskazanej w obowiązujących aktach prawnych.

3) Oświadczam, że dysponuję personelem medycznym w liczbie i o kwalifikacjach wskazanych w obowiązujących aktach prawnych.

4) Oświadczam, że każda para zakwalifikowana do niniejszego Programu otrzyma możliwość skorzystania z bezpłatnej wizyty u psychologa posiadającego praktykę w dziedzinie psychologii leczenia niepłodności na terenie realizacji Programu. Koszt wizyty zostanie pokryty przez Realizatora Programu.

5) Oświadczam, że dysponuję zgodnymi z obowiązującym prawem warunkami lokalowymi oraz zorganizuję zgodne z obowiązującym prawem udzielanie procedur wskazanych w programie.

## 6).Oświadczam, że umowa zostanie rozliczona do 31 grudnia 2021 roku

Dodatkowe dokumenty:

1. Udokumentowane stosowanie standardów i rekomendacji polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii
2. Udokumentowana współpraca z psychologiem posiadającym praktykę w dziedzinie psychologii leczenia niepłodności na terenie prowadzonej przez Oferenta działalności.
3. Dokumenty potwierdzające dotychczasową współpracę z jednostkami samorządu terytorialnego w zakresie realizacji podobnych programów

………………………………………

(Data, podpis i pieczęć Oferenta lub osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta)

\*Wykreślić oświadczenie, którego wymogów Oferent nie spełnia

1. W przypadku gdy Oferent składa ofertę w partnerstwie należy wpisać dane wszystkich partnerów. [↑](#footnote-ref-1)