*Załącznik nr 2*

*do Ogłoszenia konkursu ofert na wybór*

 *realizatora programu polityki zdrowotnej*

**FORMULARZ OFERTOWY**

 **„WSPARCIE LECZENIA NIEPŁODNOŚCI METODĄ ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO – IN VITRO DLA MIESZKAŃCÓW GMINY KLUCZBORK W LATACH 2024-2026*”.***

|  |
| --- |
| **I. DANE OFERENTA** |
| **Pełna nazwa podmiotu****składającego ofertę** |  |
| **Dokładny adres**Ulica/nrMiejscowość/kod pocztowyTelefon/fax |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Forma prawna** |  |
| **Osoba prawna upoważniona do reprezentowania Oferenta***(nazwisko i imię,* *tel.kontaktowy, e-mail)* |  |
| **Organ założycielski** **lub właściciel** |  |
| **Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli posiada)** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Osoba uprawniona do kontaktów z ogłoszeniodawcą w sprawie złożonej oferty***(imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail)* |  |
| **Deklarowany okres realizacji Programu** | **Od:** | **Do:** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **II. OPIS DZIAŁAŃ PLANOWANYCH DO REALIZACJI W RAMACH PROGRAMU** |
| **1.** | **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** |
| **1.** | Dotychczasowe doświadczenie związane z realizacją programów polityki zdrowotnej z zakresu leczenia niepłodności we współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego |
| *Nazwa programu* | *Organ administracji rządowej lub samorządowej* | *Rok realizacji* |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **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 metodą zapłodnienia pozaustrojowego (tak/nie)*** |
| **lekarze specjaliści z zakresu ginekologii i położnictwa** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **lekarze i specjaliści legitymujący się uprawnieniami z zakresu stosowania metod wspomaganego rozrodu** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Anestezjolog/anestezjolodzy** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **psycholog** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **V. ADRES PLACÓWKI ORAZ OPIS WARUNKÓW LOKALOWYCH** |
| **1.** | **Miejsce wykonywania Programu**(należy wskazać dokładny adres, telefon, adres mailowy)  |  |
| **2.** | **Opis warunków lokalowych** |  |

|  |
| --- |
| **VI. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU:**Należy podać ceny jednostkowe poszczególnych badań, świadczeń zdrowotnych i usług realizowanych w ramach programu |
| **Nazwa badania, świadczeń zdrowotnego lub usługi** | **Cena jednostkowa brutto** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**VII. KOSZTY REALIZACJI PROGRAMU**

**Oferujemy wykonanie przedmiotu programu w latach 2024-2026 przy uwzględnieniu zakwalifikowanych do programu planowanych 42 par na kwotę:**

**wartość zamówienia (netto) ………………………………………………………………….……**

plus kwota podatku VAT **…… %** w kwocie................................................................................

**razem brutto: ..............................................................................................................................**

 **słownie:..............................................................................................................................................**

**VIII. OŚWIADCZENIA OFERENTA**

**1.** **Oświadczam/Oświadczamy\***, 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;

**2. Oświadczam/Oświadczamy\***, że podmiot składający ofertę zapewnia właściwy sprzęt medyczny niezbędny do prawidłowej realizacji Programu;

**3.** **Oświadczam/Oświadczamy\*,** że podmiot składający ofertę posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji Programu;

**4. Oświadczam/Oświadczamy\***, że podmiot składający ofertę i realizujący Program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu, w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców;

**5. Oświadczam/Oświadczamy\***, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;

**6. Oświadczam/Oświadczamy\***, 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) –zwanego dalej RODO;

**7. Oświadczam/Oświadczamy\***, że dane podane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;

**8. Oświadczam/Oświadczamy\***, że zapoznałem/zapoznaliśmy się z warunkami zawartymi w ogłoszeniu oraz Programie Polityki Zdrowotnej wraz z wszelkimi zmianami, uzupełnieniami i aktualizacjami oraz pozostałymi załączonymi dokumentami i przyjmuję/my je bez zastrzeżeń.

**UWAGA:**

Do oferty należy dołączyć:

1. odpis lub informację z Krajowego Rejestru Sądowego, Centralnej Ewidencji
i Informacji o Działalności Gospodarczej lub innego właściwego rejestru
(w celu potwierdzenia, że osoba działająca w imieniu Wykonawcy jest umocowana do jego reprezentowania).
2. pełnomocnictwo lub inny dokument potwierdzający umocowanie do reprezentowania Wykonawcy, gdy umocowanie osoby składającej ofertę nie wynika z dokumentów wskazanych w pkt. 6 lit.a)
3. kserokopie aktualnego dokumentu potwierdzającego

- posiadanie pozwolenia na prowadzenie ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji lub banków komórek rozrodczych i zarodków

i/lub

- posiadania statusu centrum leczenia niepłodności, które spełnia warunki określone przepisami Ustawy o leczeniu niepłodności

lub

- działa na podstawie zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia Programu Dostosowawczego zgodnie z art. 98 ustawy o leczeniu niepłodności;

1. kserokopie dokumentu potwierdzającego wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
2. kserokopia zezwolenia na wykonywanie praktyki (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych)
3. kserokopia dokumentu potwierdzającego wpis do rejestru właściwej Okręgowej Rady Lekarskiej (w przypadku praktyk indywidualnych lub grupowych);
4. kserokopie dokumentów potwierdzających współpracę z psychologiem posiadającym doświadczenie w pracy z pacjentami niepłodnymi

 …………………………………………..…..…………………

 [data, czytelny podpis lub podpis z pieczątką

 imienną osoby(ób) upoważnionej(ych)

 do reprezentowania Oferenta)