………………………………………

Miejscowość, data

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Konkursu ofert na „Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego w latach 2022-2023”.**

**1. Dane Oferenta**

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

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

REGON:

NIP:

Imię i nazwisko osoby do kontaktu:

Nr telefonu kontaktowego:

Adres e-mail:

Nr rachunku bankowego: ………………………………………………………………………...

Nazwa organu rejestrowego:

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: ………………………………………………………………….

**2. Kalkulacja kosztów**

1. Koszty jednostkowe brutto usług w ramach **procedury zapłodnienia pozaustrojowego** x liczba usług przewidzianych w programie do dofinansowania w ramach jednej procedury:
	1. porada lekarska: ………. zł x 4[[2]](#footnote-2) = ………… zł,
	2. badanie USG w celu oceny procesu stymulacji jajeczkowania: ………. zł x 52 = …… zł,
	3. badanie estradiolu w celu oceny endokrynnej funkcji rozwijających się pęcherzyków Graafa: ………. zł x 32 = ………… zł,
	4. badanie progesteronu w celu oceny endokrynnej funkcji rozwijających się pęcherzyków Graafa: ………. zł x 22 = ………… zł,
	5. punkcja jajników w celu pobrania komórek jajowych: ………. zł x 12 = ………… zł,
	6. znieczulenie anestezjologiczne: ………. zł x 12 = ………… zł,
	7. badanie zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2015 r. w sprawie wymagań zdrowotnych dla kandydata na dawcę komórek rozrodczych w celu dawstwa partnerskiego i dawstwa innego niż partnerskie oraz dla biorczyni komórek rozrodczych i zarodków oraz szczegółowych warunków pobierania komórek rozrodczych
	w celu zastosowania w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji: ………. zł x 12 = ………… zł,
	8. preparatyka nasienia: ………. zł x 12 = ………… zł,
	9. zapłodnienie IVF/ICSI: ………. zł x 12 = ………… zł,
	10. hodowla zarodków: ………. zł x 12 = ………… zł,
	11. transfer zarodków do macicy: ………. zł x 12 = ………… zł,
	12. przygotowanie zarodków do przechowywania – kriokonserwacja: ………. zł x 12 = ………… zł.

Całkowity koszt brutto jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego wynosi: ……….. zł
tj. suma kwot z punktów od a) do l).

Uwaga: Całkowity koszt brutto jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego nie może przekroczyć kwoty wskazanej w programie tj. 9 891 zł. Natomiast wysokość środków finansowych, jaką Województwo Wielkopolskie może przeznaczyć na sfinansowanie jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego nie może przekroczyć 5 000,00 zł.

1. Koszty jednostkowe brutto usług w ramach **procedury mrożenia komórek jajowych** x liczba usług przewidzianych w programie do dofinansowania w ramach jednej procedury:
	1. porada lekarska: ………. zł x 4[[3]](#footnote-3) = ………… zł,
	2. badanie USG w celu oceny procesu stymulacji jajeczkowania: ………. zł x 53 = ………… zł,
	3. badanie estradiolu w celu oceny endokrynnej funkcji rozwijających się pęcherzyków Graafa: ………. zł x 23 = ………… zł,
	4. badanie progesteronu w celu oceny endokrynnej funkcji rozwijających się pęcherzyków Graafa: ………. zł x 23 = ………… zł,
	5. punkcja jajników w celu pobrania komórek jajowych: ………. zł x 13 = ………… zł,
	6. znieczulenie anestezjologiczne: ………. zł x 13 = ………… zł,
	7. badanie zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2015 r. w sprawie wymagań zdrowotnych dla kandydata na dawcę komórek rozrodczych w celu dawstwa partnerskiego i dawstwa innego niż partnerskie oraz dla biorczyni komórek rozrodczych i zarodków oraz szczegółowych warunków pobierania komórek rozrodczych w celu zastosowania w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji: ………. zł x 13 = ………… zł,
	8. przygotowanie komórek jajowych do przechowywania – kriokonserwacja: ………. zł x 13 = ………… zł.

Całkowity koszt brutto jednej procedury mrożenia komórek jajowych wynosi: ………zł, tj. suma kwot z punktów od a) do h).

Uwaga: Całkowity koszt brutto jednej procedury mrożenia komórek jajowych nie może przekroczyć kwoty wskazanej w programie tj. 4 712 zł. Natomiast wysokość środków finansowych, jaką Województwo Wielkopolskie może przeznaczyć na sfinansowanie jednej procedury mrożenia komórek jajowych nie może przekroczyć 2 000,00 zł.

**3. Wartość oferty:**

Wartość oferty nie może przekroczyć całkowitej kwoty zaplanowanej na realizację programu przez cały okres jego realizacji 4.000.000 zł.

Proponowana liczba procedur zapłodnienia pozaustrojowego w 2022 roku: …………………..

Proponowana liczba procedur mrożenia komórek jajowych w 2023 roku: …………………….

**Wartość oferty**: …………….. zł[[4]](#footnote-4) (słownie: ………………….), w tym:

- wartość procedur zapłodnienia pozaustrojowego przez cały okres realizacji programu: ………….zł[[5]](#footnote-5) (słownie: ………….),

- wartość procedur mrożenia komórek jajowych przez cały okres realizacji programu: ……….zł[[6]](#footnote-6) (słownie: …………….).

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

| Lp. | Liczba osób | Tytuł lub stopień naukowy | Uzyskane specjalizacje | Doświadczenie (określone w miesiącach) „od do” zgodnie z wymaganiami wskazanymi w ogłoszeniu o konkursie i programie | W przypadku osób o doświadczeniu z embriologii klinicznej wpisać czy posiadają certyfikat embriologa klinicznego PTMR/PTMRiE i/lub ESHRE,(wpisać tak lub nie) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | do uzupełnienia | do uzupełnienia | do uzupełnienia | do uzupełnienia | do uzupełnienia |
| 2. | do uzupełnienia | do uzupełnienia | do uzupełnienia | do uzupełnienia | do uzupełnienia |
| 3. | do uzupełnienia | do uzupełnienia | do uzupełnienia | do uzupełnienia | do uzupełnienia |
| 4. | do uzupełnienia | do uzupełnienia | do uzupełnienia | do uzupełnienia | do uzupełnienia |
| 5. | do uzupełnienia | do uzupełnienia | do uzupełnienia | do uzupełnienia | do uzupełnienia |

**5. Czas i miejsce dostępności świadczeń zdrowotnych**

Zobowiązuję się udzielać świadczeń od poniedziałku do piątku w następujących godzinach:

Poniedziałek: od …... godz. do ……… godz.

Wtorek: od …... godz. do ……… godz.

Środa: od …... godz. do ……… godz.

Czwartek: od …... godz. do ……… godz.

Piątek: od …... godz. do ……… godz.

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych: ….……(wpisać miasto), ….…… (wpisać ulicę
z nr).

Dodatkowo będzie premiowane udzielanie świadczeń dwa razy w tygodniu do godziny 19.00 i/lub dwa razy w tygodniu do godziny 20.00.

**6. Proponowany okres rozliczania umowy**

Proponuję rozliczanie …………….(wpisać miesięczne lub kwartalne) umowy.

**7. Oświadczenia Oferenta:**

Oświadczam, że termin związania z powyższą ofertą wynosi 60 dni.

Oświadczam, że zaproponowany w formularzu ofertowym całkowity koszt brutto jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego oraz całkowity koszt brutto jednej procedury mrożenia komórek jajowych, w przypadku zawarcia umowy, pozostanie niezmienny przez cały okres obowiązywania umowy.

Oświadczam, że posiadam sprzęt i aparaturę medyczną o minimalnych wymaganiach i w ilości wskazanej w programie.

Oświadczam, że dysponuję personelem medycznym w liczbie i o minimalnych kwalifikacjach wskazanych w programie oraz tabeli wskazanej w pkt 4 formularza ofertowego - Liczba i kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń w ramach programu.

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

……………………………………………………………………………………..

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

1. W przypadku gdy Oferent składa ofertę w partnerstwie należy wpisać dane wszystkich partnerów. [↑](#footnote-ref-1)
2. Liczba usług wskazanych w Tabeli nr 2 w programie. [↑](#footnote-ref-2)
3. Liczba usług wskazanych w Tabeli nr 3 w programie. [↑](#footnote-ref-3)
4. Suma łącznej wartości procedur zapłodnienia pozaustrojowego przez cały okres realizacji programu oraz łącznej wartości procedur mrożenia komórek jajowych przez cały okres realizacji programu. [↑](#footnote-ref-4)
5. Iloczyn łącznej liczby planowanych procedur zapłodnienia pozaustrojowego przez cały okres realizacji programu i całkowitego kosztu brutto jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego. [↑](#footnote-ref-5)
6. Iloczyn łącznej liczby planowanych procedur mrożenia komórek jajowych przez cały okres realizacji programu i całkowitego kosztu brutto jednej procedury mrożenia komórek jajowych. [↑](#footnote-ref-6)