………………………………………

Miejscowość, data

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Konkursu ofert na „Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego w latach 2022-2023” dla 36 gmin i 1 powiatu województwa wielkopolskiego w 2022 roku**

**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**

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 gminy oraz powiat mogą przeznaczyć na sfinansowanie jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego nie może przekroczyć 5 000,00 zł.

**3. Wartość oferty:**

Wartość oferty nie może przekroczyć całkowitej kwoty zaplanowanej na realizację programu zarezerwowanej przez gminy i powiat tj. 967.500,00 zł.

Proponowana liczba procedur zapłodnienia pozaustrojowego w 2022 roku dla:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Gmina** | **Proponowana liczba procedur** |
| 1. | Baranów |  |
| 2. | Czerniejewo |  |
| 3. | Czerwonak |  |
| 4. | Gostyń |  |
| 5. | Jastrowie |  |
| 6. | Kazimierz Biskupi |  |
| 7. | Kleczew |  |
| 8. | Koło (miasto) |  |
| 9. | Konin |  |
| 10. | Kościelec |  |
| 11. | Leszno |  |
| 12. | Lipka |  |
| 13. | Lipno |  |
| 14. | Lisków |  |
| 15. | Mieścisko |  |
| 16. | Międzychód |  |
| 17. | Miłosław |  |
| 18. | Nekla |  |
| 19. | Nowe Skalmierzyce |  |
| 20. | Nowy Tomyśl |  |
| 21. | Obrzycko |  |
| 22. | Okonek |  |
| 23. | Olszówka |  |
| 24. | Opalenica |  |
| 25. | Ostrów Wielkopolski (gmina) |  |
| 26. | Ostrzeszów |  |
| 27. | Pakosław |  |
| 28. | Przygodzice |  |
| 29. | Puszczykowo |  |
| 30. | Skoki |  |
| 31. | Szamotuły |  |
| 32. | Trzcianka |  |
| 33. | Wierzbinek |  |
| 34. | Wolsztyn |  |
| 35. | Złotów (miasto) |  |
| 36. | Złotów (gmina) |  |
| 37. | Powiat Gniezno |  |
| **Łącznie** | |  |

**Wartość oferty**: …………….. zł[[3]](#footnote-3) (słownie: ………………….), w tym:

**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, 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. Suma łącznej wartości procedur zapłodnienia pozaustrojowego przez cały okres realizacji programu. [↑](#footnote-ref-3)