

Załącznik nr 2
do ogłoszenia stanowiącego
załącznik do zarządzenia
Prezydenta Miasta Krakowa
nr z dnia

OFERTA NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ
pn. „Gminny Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego dla
mieszkańców Krakowa”

NAZWA OFERENTA <i>(wypełnia oferent)</i>	DATA WPŁYWU OFERTY <i>(wypełnia udzielający zamówienia)</i>

I. DANE OFERENTA <i>(wypełnia oferent)</i>	
1.	Nazwa oferenta <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>
2.	Adres siedziby oferenta <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>
3.	Adres miejsca wykonywania Programu
4.	Numer telefonu oferenta
5.	Adres e-mail oferenta
6.	Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej

7.	Numer wpisu oferenta do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
8.	Organ prowadzący rejestr, o którym mowa w pkt. 7	
9.	NIP	
10.	REGON	
11.	Numer konta bankowego	
12.	Imię i nazwisko, telefon kontaktowy oraz adres e-mail do osoby upoważnionej przez oferenta do udzielania informacji dotyczących oferty	
13.	Numer centrum leczenia niepłodności lub ośrodka medycznie wspomaganey prokreacji oraz data obowiązywania pozwolenia na wykonywanie czynności centrum/ośrodka	
14.	Numer banku komórek rozrodczych i zarodków oraz data obowiązywania pozwolenia na wykonywanie czynności banku (jeżeli dotyczy, tj. w przypadku posiadania przez oferenta pozwolenia na prowadzenie banku komórek rozrodczych i zarodków)	

II. DOKUMENTY, KTÓRE OFERENT DOŁĄCZA DO OFERTY

- 1) kserokopię decyzji ministra właściwego ds. zdrowia w sprawie nadania statusu centrum leczenia niepłodności – jeżeli dotyczy tj. w przypadku, gdy oferta dotyczy realizacji Programu przez centrum leczenia niepłodności;
- 2) kserokopię pozwolenia ministra właściwego ds. zdrowia na wykonywanie czynności ośrodka medycznie wspomaganey prokreacji – jeżeli dotyczy tj. w przypadku, gdy oferta dotyczy realizacji Programu przez ośrodek medycznie wspomaganey prokreacji;
- 3) kserokopię pozwolenia ministra właściwego ds. zdrowia na wykonywanie czynności banku komórek rozrodczych i zarodków – jeżeli dotyczy tj. w przypadku posiadania przez oferenta pozwolenia na prowadzenie banku komórek rozrodczych i zarodków. Za posiadanie przedmiotowego pozwolenia oferent otrzymuje punkty w ocenie merytorycznej oferty;
- 4) kserokopię dokumentu potwierdzającego członkostwo Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii – jeżeli dotyczy tj. w przypadku, gdy oferent jest członkiem tego

Towarzystwa. Za przedmiotowe członkostwo oferent otrzymuje punkty w ocenie merytorycznej oferty;

- 5) kserokopię Certyfikatu Europejskiego Towarzystwa Rozrodu Człowieka i Embriologii (ESHRE) – jeżeli dotyczy tj. w przypadku posiadania przez oferenta przedmiotowego Certyfikatu. Za przedmiotowy Certyfikat oferent otrzymuje punkty w ocenie merytorycznej oferty;
- 6) kserokopię Certyfikatu dla Systemu Zarządzania wg PN-EN ISO 9001 w zakresie: Diagnostyka i leczenie niepłodności oraz techniki wspomaganego rozrodu – jeżeli dotyczy tj. w przypadku posiadania przez oferenta przedmiotowego Certyfikatu. Za przedmiotowy Certyfikat oferent otrzymuje punkty w ocenie merytorycznej oferty;
- 7) kserokopie dokumentów potwierdzających posiadanie specjalizacji przez personel medyczny mający realizować Program;
- 8) kserokopie dokumentów potwierdzających współpracę z psychologiem posiadającym doświadczenie w pracy z pacjentami niepłodnymi;
- 9) kserokopie posiadanych przez personel mający realizować Program Certyfikatów Europejskiego Towarzystwa Rozrodu Człowieka i Embriologii (ESHRE) – jeżeli dotyczy tj. w przypadku posiadania przedmiotowych Certyfikatów. Za przedmiotowe certyfikaty oferent otrzymuje punkty w ocenie merytorycznej oferty.

III. ELEMENTY OFERTY PODLEGAJĄCE OCENIE KOMISJI (KRYTERIA JAKOŚCIOWE)

1. PERSONEL MAJĄCY REALIZOWAĆ PROGRAM

(wypełnia oferent)

Lp.	Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Posiadane specjalizacje	Doświadczenie zawodowe w odniesieniu odpowiednio do następujących specjalizacji: w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, ginekologii i położnictwa, anestezjologii (należy wpisać np. ginekologia i położnictwo- 5 lat i 3 mc.)	Doświadczenie w zakresie stosowania zaawansowanych metod wspomaganego rozrodu (należy wpisać okres czasu, np. 3 lata i 4 mc.) W przypadku psychologa należy podać posiadanie doświadczenie w pracy z pacjentami niepłodnymi (należy wpisać okres czasu np. 3 lata i 1 mc.)	Posiadane certyfikaty (w szczególności ESHRE)
LEKARZE					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

...					
DIAGNOŚCI LABORATORYJNI					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
...					
BIOLOGDZY					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
...					
ANESTEZJOLOGDZY					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
...					
PIELĘGNIARKI/POŁOŻNE					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
...					

REJESTRATORKI MEDYCZNE					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
...					
PSYCHOLODZY					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
...					
2. WARUNKI LOKALOWE ORAZ POSIADANA APARATURA I SPRZĘT MEDYCZNY W MIEJSCU, W KTÓRYM REALIZOWANY BĘDZIE PROGRAM (wypełnia oferent)					
Wydzielona rejestracja oraz archiwum			..... (należy wpisać TAK lub NIE)		
Gabinet ginekologiczny/gabinety ginekologiczne			..... (należy wpisać liczbę gabinetów ginekologicznych)		
Wydzielona część biotechnologiczna, w której mają zastosowanie standardy zapewniające czystość zgodnie ze standardami obowiązującymi w bloku operacyjnym, w skład której wchodzi:	sala zabiegowa z wyposażeniem anestezyjologicznym umożliwiającym pobieranie gamet		..... (należy wpisać TAK lub NIE)		
	sala do transferu zarodków		..... (należy wpisać TAK lub NIE)		
	sala/sale pobytu		..... (należy wpisać liczbę sal pobytu)		
	wydzielone laboratorium zapłodnienia pozaustrojowego, oddzielone służą od pozostałych pomieszczeń		..... (należy wpisać TAK lub NIE)		

	wydzielone laboratorium kriogeniczne	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
	Układ pomieszczeń zapewniający optymalną komunikację oraz bezkolizyjność w zakresie pełnionych funkcji	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
	Ultrasonograf wyposażony w głowicę przezpochwową oraz prowadnicę do punkcji jajników	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
	Co najmniej 2 inkubatory CO ₂	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
	Komora laminarna zapewniająca możliwość regulacji temperatury blatu (ok. 37°C)	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
	Lupa stereoskopowa oraz mikroskop odwrócony, wyposażone w płyty grzejne z możliwością regulacji temperatury (ok. 37°C)	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
	Mikroskop odwrócony z kontrastem modulacyjnym, wyposażony w pełny osprzęt do mikromanipulacji, z torem wizyjnym oraz płytą grzejącą z możliwością regulacji temperatury (ok. 37 °C)	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
	Możliwość wykonania krioprezerwacji zarodków	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
	Wysokiej jakości pojemniki do długotrwałego przechowywania w ciekłym azocie zamrożonych zarodków	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
	Prowadzenie archiwizacji elektronicznej danych klinicznych oraz embriologicznych	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
	Awaryjne źródła zasilania do inkubatorów CO ₂ oraz urządzeń kriogenicznych	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
	UPS (ang. Uninterruptible Power Supply) do urządzeń pracujących w ruchu ciągłym	..... (należy wpisać TAK lub NIE)

3. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYKONYWANYCH W RAMACH PROGRAMU (wypełnia oferent)	
Oferent zapewnia dostęp do świadczeń realizowanych w ramach Programu co najmniej przez 6 dni w tygodniu z zapewnieniem nadzoru embriologicznego nad laboratorium przez 7 dni w tygodniu oraz możliwość zrealizowania świadczeń w trybie weekendowym (dyżurnym), jeśli będzie tego wymagała sytuacja kliniczna par, będących uczestnikami Programu (warunek obligatoryjny)	TAK
Oferent zapewnia dostęp do świadczeń realizowanych w ramach Programu, w dni robocze, od poniedziałku do piątku przez minimum 8 godzin oraz w soboty przez minimum 4 godziny dziennie (warunek obligatoryjny)	TAK
Oferent zapewnia parom możliwość rejestracji telefonicznej i elektronicznej oraz umożliwia kontakt telefoniczny z personelem medycznym przez 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę na wypadek powikłań pozabiegowych (warunek obligatoryjny)	TAK
Oferent zapewnia dostęp do świadczeń realizowanych w ramach Programu, w dni robocze, od poniedziałku do piątku przez więcej niż 8 godzin dziennie	<p style="text-align: center;">..... (należy wpisać TAK lub NIE)</p> Poniedziałki: od..... do..... Wtorki: od..... do..... Środy: od..... do..... Czwartki: od..... do..... Piątki: od..... do.....
Oferent zapewnia dostęp do świadczeń realizowanych w ramach Programu w soboty przez więcej niż 4 godziny dziennie	<p style="text-align: center;">..... (należy wpisać TAK lub NIE)</p> Soboty: od..... do.....
Oferent zapewnia dostęp do świadczeń realizowanych w ramach Programu co najmniej 2 razy w tygodniu co najmniej do godz. 19.00	<p>..... (należy wpisać TAK lub NIE)</p>
Oferent zapewnia dostęp do świadczeń realizowanych w ramach Programu w co najmniej 2 niedziele w każdym miesiącu przez minimum 4 godziny dziennie	<p>..... (należy wpisać TAK lub NIE)</p>
Oferent zapewnia odrębną linię telefoniczną wyłącznie na potrzeby Programu	<p>..... (należy wpisać TAK lub NIE)</p>

4. INNE (wypełnia oferent)	
Oferent posiada pozwolenie na prowadzenie banku komórek rozrodczych i zarodków	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Oferent prowadzi działalność medyczną w zakresie realizowania procedur zapłodnienia pozaustrojowego od co najmniej 3 lat	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Oferent w latach 2019-2020 wykonał co najmniej 100 procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Oferent posiada Certyfikat Europejskiego Towarzystwa Rozrodu Człowieka i Embriologii (ESHRE)	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Oferent posiada Certyfikat dla Systemu Zarządzania wg PN-EN ISO 9001 w zakresie: Diagnostyka i leczenie niepłodności oraz techniki wspomaganego rozrodu	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Oferent jest członkiem Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
Oferent posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia w zakresie ginekologii i/lub położnictwa	..... (należy wpisać TAK lub NIE)
<p>UWAGA: spełnianie warunku dotyczącego określonego wyżej okresu/czasu w kryteriach jakościowych, ustala się na dzień upływu składania ofert określonego w ogłoszeniu</p>	

IV. CENY POSZCZEGÓLNYCH BADAŃ, ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I USŁUG, REALIZOWANYCH W RAMACH PROGRAMU METODAMI:

1. PROCEDURA ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO Z WYKORZYSTANIEM WŁASNYCH GAMET PARY (DAWSTWO PARTNERSKIE);
2. PROCEDURA ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO Z WYKORZYSTANIEM NASIENIA DAWCY (DAWSTWO INNE NIŻ PARTNERSKIE);
3. PROCEDURA ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO Z WYKORZYSTANIEM ŻEŃSKICH KOMÓREK ROZRODCZYCH OD ANONIMOWEJ DAWCZYNI (DAWSTWO INNE NIŻ PARTNERSKIE);
4. PROCEDURA ADOPCJI ZARODKA (DAWSTWO INNE NIŻ PARTNERSKIE).

(wypełnia oferent – w poniższym wykazie należy uwzględnić wszystkie badania, świadczenia zdrowotne oraz usługi, realizowane w ramach ww. procedur. Cennik winien być szczegółowy i kompletny.

Ceny nie mogą być wyższe niż obowiązujące, na dzień składania oferty, w centrum/ośrodku, w którym oferent zamierza realizować Program. W trakcie realizacji Programu ceny te nie mogą ulec zwiększeniu i uznaje się je za ceny maksymalne. W razie potrzeby proszę dodać kolejne wiersze).

Nazwa badania, świadczenia zdrowotnego lub usługi		Cena jednostkowa brutto
1.	.....	..... zł brutto
2.	.....	..... zł brutto
3.	.....	..... zł brutto
4.	.....	..... zł brutto
5.	.....	..... zł brutto
6.	.....	..... zł brutto
7.	.....	..... zł brutto
8.	.....	..... zł brutto
9.	.....	..... zł brutto
10.	.....	..... zł brutto
11.	.....	..... zł brutto
12.	.....	..... zł brutto

13.	.....	..... zł brutto
14.	.....	..... zł brutto
15.	.....	..... zł brutto
16.	.....	..... zł brutto
17.	.....	..... zł brutto
18.	.....	..... zł brutto
19.	.....	..... zł brutto
20.	.....	..... zł brutto
21.	.....	..... zł brutto
22.	.....	..... zł brutto
...	.....	..... zł brutto

**V. SZACOWANA, MOŻLIWA DO WYKONANIA PRZEZ OFERENTA LICZBA PROCEDUR
W 2022 ROKU W RAMACH PROGRAMU**
(wypełnia oferent)

Procedura		Szacowana liczba procedur, które mogą zostać wykonane przez oferenta w 2022 roku
1.	Procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet pary (dawstwo partnerskie)	..... (należy wpisać liczbę procedur)
2.	Procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie)	..... (należy wpisać liczbę procedur)
3.	Procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem żeńskich komórek rozrodczych od anonimowej dawczyni (dawstwo inne niż partnerskie)	..... (należy wpisać liczbę procedur)
4.	Procedura adopcji zarodka (dawstwo inne niż partnerskie)	..... (należy wpisać liczbę procedur)

VI. OŚWIADCZENIA OFERENTA (wypełnia oferent)

Oferent oświadcza, że:

1. spełnia warunki określone przepisami Ustawy o leczeniu niepłodności;
2. w ramach realizacji Programu będzie stosować standardy i rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (dawniej: Polskie Towarzystwo Ginekologiczne) oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii;
3. w ramach realizacji Programu będzie raportować wyniki leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego i stosowania metod wspomaganego rozrodu do European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) w ramach programu EIM – European IVF Monitoring;
4. w ramach realizacji Programu będzie respektować wytyczne zawarte w rekomendacjach pacjenckich w leczeniu niepłodności Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian”;
5. współpracuje z psychologiem, posiadającym praktykę w pracy z pacjentami niepłodnymi, na terenie prowadzonej działalności oraz zapewni, na koszt własny, uczestnikom Programu możliwość skorzystania z bezpłatnej wizyty u psychologa;
6. 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, w tym zawodowego;
7. wszystkie pomieszczenia i urządzenia, które służyć będą realizacji Programu odpowiadają wymaganiom właściwym do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz wymaganiom ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym, określonym przepisami prawa, ustawą i przepisami wydanymi na podstawie ustawy;
8. ceny wskazane w ofercie nie są wyższe niż obowiązujące, na dzień składania oferty, w centrum/ośrodku, w którym oferent zamierza realizować Program. W trakcie realizacji Programu ceny te nie ulegną zwiększeniu;
9. posiada polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie objętym Programem;
10. zapoznał się z treścią Programu, dokumentacją konkursu ofert, w tym ramowym projektem umowy i akceptuje wszystkie zawarte w nim treści;
11. wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;
12. w przypadku wyboru niniejszej oferty nie będzie przedstawiał do rozliczenia świadczeń rozliczonych w Gminie Miejskiej Kraków, do innych podmiotów, w tym do Narodowego Funduszu Zdrowia;
13. postępuje zgodnie z przepisami ustawy o leczeniu niepłodności.

.....
Data, podpis/podpisy osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do działania w imieniu oferenta

Uwaga: oferta winna być podpisana przez osoby upoważnione do działania w imieniu oferenta. Podpis należy składać pełnym imieniem i nazwiskiem (czytelnie) z zaznaczeniem pełnionej funkcji lub opatrzyć imienną pieczęcią.

OCENA OFERTY PRZEZ KOMISJĘ KONKURSOWĄ
(wypełnia komisja konkursowa)

1.	Oferta spełnia wymagania formalne	..... (proszę wpisać TAK lub NIE)
2.	Liczba punktów, którą uzyskała oferta	.....
3.	Oferta osiągnęła minimalną wartość punktów w zakresie oceny merytorycznej, pozwalającą na przyjęcie do realizacji	..... (proszę wpisać TAK lub NIE)
4.	Oferta przyjęta do realizacji	..... (proszę wpisać TAK lub NIE)
		W przypadku odrzucenia oferty, wskazanie przyczyn nieprzyjęcia oferty do realizacji:

.....
data oceny oferty

Lp.	Imię i nazwisko	Funkcja	Podpis
1.		Przewodniczący komisji	
2.		Zastępca Przewodniczącego komisji	
3.		Członek komisji	
4.		Członek komisji	
5.		Członek komisji	