

Ogłoszenie

Burmistrza Aleksandrowa Łódzkiego

Konkurs ofert na wybór realizatorów w 2020 r. programu polityki zdrowotnej pn. „Kampania na rzecz wspierania osób dotkniętych niepłodnością z wykorzystaniem metod zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Aleksandrów Łódzki w latach 2020-2025”

Konkurs jest ogłoszony na podstawie art. 48 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.), art. 7 ust. 1 pkt 5, ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz 713) oraz Uchwały nr XXIV/171/20 Rady Miejskiej w Aleksandrowie Łódzkim z dnia 30 kwietnia 2020 roku w sprawie: przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn "Kampania na rzecz wspierania osób dotkniętych niepłodnością z wykorzystaniem metod zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Aleksandrów Łódzki w latach 2020-2025"

I. Przedmiot konkursu:

1. Przedmiotem konkursu ofert jest wybór realizatora/ów w roku 2020 programu polityki zdrowotnej pn. „Kampania na rzecz wspierania osób dotkniętych niepłodnością z wykorzystaniem metod zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Aleksandrów Łódzki w latach 2020-2025”.
2. W ramach programu o którym mowa w ust. 1 w 2020 r. przewidywane jest dofinansowanie do 20 procedur zapłodnienia pozaustrojowego, tj. dofinansowanie kosztów jednego cyklu zapłodnienia pozaustrojowego lub adopcji zarodka dla każdej pary zakwalifikowanej do Programu, w wysokości 5.000,00 zł., pod warunkiem przeprowadzenia przynajmniej jednej całej procedury przewidzianej w Programie.

II. Adresaci konkursu:

Konkurs ofert adresowany jest do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w trybie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.), świadczących usługi medyczne w zakresie leczenia niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 442), a także spełniających warunki Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości w ośrodku medycznie wspomaganey prokreacji oraz w banku komórek rozrodczych i zarodków (Dz. U. z 2015 r. poz. 1727)

Oferent przystępujący do konkursu powinien spełniać następujące warunki:

- 1) musi posiadać pozwolenie Ministra Zdrowia na wykonywanie czynności ośrodka medycznie wspomaganey prokreacji, o których mowa w art. 48 ust. 1 ustawy o leczeniu niepłodności;
- 2) musi realizować Europejski Program Monitoringu wyników leczenia metodami zapłodnienia pozaustrojowego – European IVF Monitoring (EIM);
- 3) musi stosować wytyczne zawarte w Algorytmach Diagnostyczno–Lecznicych w Niepłodności przygotowanych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Sekcję Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego;
- 4) musi dysponować personelem udzielającym świadczenia z zakresu leczenia niepłodności składającym się z:

- a) co najmniej 2 lekarzy posiadających specjalizację w zakresie ginekologii i położnictwa
 - b) co najmniej 2 lekarzy, analityków lub biologów legitymujących się udokumentowanym doświadczeniem w zakresie stosowania zaawansowanych metod wspomagania rozrodu,
 - c) specjalisty anestezjologa,
 - d) odpowiedniej liczby średniego personelu medycznego (pielęgniarek/położnych, rejestratorek medycznych) zapewniającej właściwą i sprawną realizację procesu leczenia;
- 5) musi zapewnić odpowiednie warunki lokalowo – sprzętowe, tj. musi posiadać:
- a) wydzieloną rejestrację oraz archiwum;
 - b) gabinet ginekologiczny;
 - c) wydzieloną część biotechnologiczną, w której stosowane są standardy zgodne z rekomendacjami PTMR i SPiN oraz obowiązuje system kontroli jakości, składającą się z:
 - sali zabiegowej z wyposażeniem anestezjologicznym umożliwiającym pobieranie gamet oraz transfer zarodków;
 - sali dziennego pobytu;
 - wydzielonego laboratorium zapłodnienia pozaustrojowego wyposażonego w niezbędny sprzęt, oddzielonego służą od pozostałych pomieszczeń;
 - wydzielonego laboratorium kriogenicznego;
 - banku gamet i zarodków.
- 6) Musi dysponować odpowiednim sprzętem i aparaturą medyczną posiadającą paszporty oraz aktualne przeglądy techniczne, na który składają się co najmniej:
- a) ultrasonograf wyposażony w głowicę przezpochwową oraz prowadnicę do punkcji pęcherzyków jajnikowych;
 - b) co najmniej 2 inkubatory CO₂;
 - c) komorę laminarną zapewniającą temperaturę blatu 37°C;
 - d) lupę stereoskopową oraz mikroskop odwrócony, wyposażone w płyty grzejne ze stałą temperaturą 37°C;
 - e) mikroskop odwrócony z kontrastem modulacyjnym, wyposażony w pełny osprzęt do mikromanipulacji, z torem wizyjnym oraz płytą grzejącą;
 - f) możliwość wykonania witryfikacji zarodków lub posiadanie urządzenia do sterowanego komputerowo mrożenia zarodków;
 - g) wysokiej jakości pojemniki do długotrwałego przechowywania w ciekłym azocie zamrożonych zarodków;
 - h) komputerowe urządzenia do archiwizacji elektronicznej danych klinicznych oraz embriologicznych;
 - i) awaryjne źródła zasilania inkubatorów do CO₂ oraz urządzeń kriogenicznych;
 - j) UPS (ang. Uninterruptible Power Supply) do urządzeń pracujących w ruchu ciągłym;
 - k) sprzęt techniczny umożliwiający prowadzenie elektronicznej dokumentacji i archiwizacji danych klinicznych i embriologicznych.
- 7) musi wykonywać co najmniej 50 procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie w okresie ostatnich 3 lat oraz wykazać skuteczność metody w tym zakresie;
- 8) musi mieć swoją siedzibę i wykonywać procedury zapłodnienia pozaustrojowego na terenie województwa łódzkiego;
- 9) musi współpracować z psychologiem posiadającym praktykę w dziedzinie oraz umożliwiać uczestnikom programu bezpłatne konsultacje psychologiczne
- 10) musi złożyć ofertę zgodnie z wymogami określonymi w pkt III.

III. **Oferty biorące udział w konkursie powinny zawierać:**

1. Wypełniony formularz oferty, którego wzór stanowi załącznik Nr 1 do ogłoszenia, zawierający m. in.:
 - 1) nazwę i siedzibę podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;

- 2) wskazane miejsce realizacji procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach zadania (jeśli jest inne niż adres oferenta);
 - 3) określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny;
 - 4) informacje dotyczące liczby i kwalifikacji personelu fachowego biorącego udział w realizacji zadania;
 - 5) deklarowaną liczbę procedur zapłodnienia pozaustrojowego, którą oferent może zrealizować w ramach zadania w 2020 r.
 - 6) oferowaną cenę wykonania jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego z podaniem kosztów jednostkowych wchodzących w skład procedury;
 - 7) oferowaną cenę kriokonserwacji zarodków przez okres 1 roku kalendarzowego,
 - 8) całkowity koszt realizacji deklarowanej liczby procedur zapłodnienia pozaustrojowego w 2020 r.
2. Do oferty należy dołączyć następujące załączniki:
- 1) aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę oraz umocowaniu osób go reprezentujących, które podpisały ofertę;
 - 2) aktualny wydruk/odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
 - 3) pozwolenie Ministra Zdrowia na prowadzenie ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji;
 - 4) informację merytoryczną i finansową nt. działalności podmiotu składającego ofertę;
 - 5) oświadczenie o ilości procedur zapłodnienia pozaustrojowego w latach 2017-2019 oraz wykazanie skuteczności w tym okresie;
 - 6) oświadczenie o realizacji Europejskiego Programu Monitoringu wyników leczenia metodami zapłodnienia pozaustrojowego – European IVF Monitoring (EIM) (załącznik nr 2 do ogłoszenia);
 - 7) oświadczenie o stosowaniu wytycznych zawartych w Algorytmach Diagnostyczno–Leczniczych w Niepłodności przygotowanych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Sekcję Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (załącznik nr 2 do ogłoszenia);
 - 8) oświadczenie o zapoznaniu się z treścią programu polityki zdrowotnej pn „Kampania na rzecz wspierania osób dotkniętych niepłodnością z wykorzystaniem metod zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Aleksandrów Łódzki w latach 2020-2025” oraz ogłoszenia konkursowego w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn „Kampania na rzecz wspierania osób dotkniętych niepłodnością z wykorzystaniem metod zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Aleksandrów Łódzki w latach 2020-2025” w roku 2020 (załącznik nr 2 do ogłoszenia);
 - 9) oświadczenie o współpracy z psychologiem posiadającym praktykę w dziedzinie oraz umożliwieniu uczestnikom programu bezpłatnej konsultacji psychologicznej (załącznik nr 2 do ogłoszenia);
 - 10) oświadczenie, że Oferent realizujący program ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji programu w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców (załącznik nr 2 do ogłoszenia);
 - 11) oświadczenie o zobowiązaniu 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 RODO) (załącznik nr 2 do ogłoszenia).
3. Oferta musi być sporządzona w języku polskim, w formie pisemnej. Oferta może być wypełniona komputerowo, maszynowo lub ręcznie. Dokumenty przygotowywane samodzielnie przez Oferenta na podstawie wzorów stanowiących załącznik do

niniejszego ogłoszenia powinny mieć formę wydruku komputerowego lub maszynopisu.

4. Oferta powinna być złożona w formie uniemożliwiającej jej przypadkowe zdekompletowanie. Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane i parafowane przez osobę (lub osoby, jeżeli do reprezentowania Oferenta upoważnione są dwie lub więcej osób) podpisującą (podpisujące) ofertę zgodnie z treścią dokumentu określającego status prawny Oferenta lub treścią załączonego do oferty pełnomocnictwa.
5. Wszelkie skreślenia i zmiany w ofercie muszą być parafowane przez osobę (osoby) podpisującą (podpisujące) ofertę i datowane.
6. Wszystkie dokumenty załączone do oferty powinny zostać przedstawione w formie oryginałów albo kserokopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta. Oświadczenia sporządzane na podstawie wzorów stanowiących załącznik do niniejszego ogłoszenia powinny być złożone w formie oryginału. Zgodność z oryginałem wszystkich zapisanych kopii dokumentów wchodzących w skład oferty musi być potwierdzona przez osobę (lub osoby, jeżeli do reprezentowania Oferenta upoważnione są dwie lub więcej osób) podpisującą (podpisujące) ofertę zgodnie z treścią dokumentu określającego status prawny Oferenta lub treścią załączonego do oferty pełnomocnictwa.
7. Organizator konkursu może zażądać przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu jedynie w sytuacji, gdy złożona przez Oferenta kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi uzasadnione wątpliwości, co do jej prawdziwości i nie można sprawdzić jej prawdziwości w inny sposób.

IV. Zasady prowadzenia konkursu ofert:

1. Wysokość środków publicznych przeznaczonych z budżetu gminy Aleksandrów Łódzki na realizację zadania w konkursie ofert, którego dotyczy ogłoszenie wynosi **100 000 zł.** w 2020 r. i obejmuje dofinansowanie do 20 procedur zapłodnienia pozaustrojowego, tj. dofinansowanie kosztów jednego cyklu zapłodnienia pozaustrojowego lub adopcji zarodka dla każdej pary zakwalifikowanej do Programu w wysokości 5.000,00 zł. pod warunkiem przeprowadzenia przynajmniej jednej całej procedury przewidzianej w Programie
2. Termin realizacji zadania – od dnia podpisania umowy do **31.12.2020 r.**
3. Oferty do konkursu ofert należy składać w zamkniętych kopertach opatrzonych pieczęcią oferenta, numerem konkursu i napisem „Konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Kampania na rzecz wspierania osób dotkniętych niepłodnością z wykorzystaniem metod zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Aleksandrów Łódzki w latach 2020-2025” w biurze podawczym lub do skrzynki podawczej Urzędu Miejskiego w Aleksandrowie Łódzkim, pl. Kościuszki 2, 95 – 070 Aleksandrów Łódzki lub przesłać drogą pocztową na ww. adres (decyduje data wpływu oferty do Urzędu Miejskiego w Aleksandrowie Łódzkim) **w terminie do 15 dni od daty opublikowania ogłoszenia w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miejskiego w Aleksandrowie Łódzkim, do godz. 16.00.**
4. Termin związania ofertą wynosi 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
5. Oferty nie spełniające wymogów określonych w ogłoszeniu oraz złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
6. Wszystkie koszty związane ze sporządzeniem i złożeniem oferty ponosi oferent
7. Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert bez podania przyczyny przed upływem terminu na złożenie ofert, przedłużenia terminu składania ofert, przedłużenia terminu otwarcia ofert i rozstrzygnięcia konkursu oraz zmiany terminu realizacji zadania – informacja zostanie opublikowana w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miejskiego w Aleksandrowie Łódzkim oraz na tablicach ogłoszeń Urzędu Miejskiego.
8. Organizator zastrzega sobie prawo do odstąpienia od realizacji zadania z przyczyn obiektywnych (np. zmian w budżecie Gminy Aleksandrowa Łódzkiego).

9. Podmioty zainteresowane złożeniem oferty mogą zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu oraz otrzymać obowiązujący formularz oferty w pod adresem internetowym <https://aleksandrowlodzki.bip.net.pl/?c=715>

V. Ocena ofert:

1. Złożone w Konkursie oferty kierowane są pod obrady Komisji Konkursowej, powołanej przez Burmistrza Aleksandrowa Łódzkiego. Komisja po dokonaniu oceny zgodnie z przytoczonymi poniżej kryteriami przedłoży Burmistrzowi protokół z posiedzenia komisji. Konkurs rozstrzyga Burmistrz Aleksandrowa Łódzkiego, po zapoznaniu się z protokołem Komisji. Burmistrz Aleksandrowa Łódzkiego dopuszcza możliwość wyboru jednej lub więcej niż jednej oferty konkursowej na realizację programu.
2. W toku dokonywania oceny prawidłowości formalnej złożonych ofert Komisja Konkursowa może żądać udzielenia przez oferentów wyjaśnień dotyczących zawartości złożonych przez nich ofert.
3. Od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie przysługuje odwołanie.
4. Ocena ofert konkursowych dokonywana będzie według następujących kryteriów:
 - 1) spełnienia warunków konkursu ofert i minimalnych wymagań określonych w Programie;
 - 2) zaoferowanych warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny;
 - 3) liczby i kwalifikacji personelu fachowego biorącego udział w realizacji zadania;
 - 4) doświadczenia oferenta w prowadzeniu medycznie wspomaganej prokreacji;
 - 5) kosztu całkowitego jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego;
 - 6) zaoferowanego sposobu promocji i realizacji Programu;
 - 7) oceny możliwości wykonania zadeklarowanej liczby procedur przez personel Oferenta w ramach zadania.
5. Konkurs ofert zostanie rozstrzygnięty w terminie do 30 dni roboczych od upływu terminu składania ofert, a jego wyniki zostaną opublikowane w terminie do 3 dni roboczych od daty rozstrzygnięcia – informacja zostanie opublikowana w Biuletynie Informacji Publicznej <https://aleksandrowlodzki.bip.net.pl/>

VI. Dodatkowe informacje:

1. Gmina Aleksandrów Łódzki zawrze umowy z wybranym oferentem/wybranymi oferentami niezwłocznie po rozstrzygnięciu konkursu ofert.
2. Po podpisaniu umowy realizator programu zobowiązany jest do comiesięcznego sporządzania sprawozdań z realizacji programu oraz wystawiania faktur VAT.
3. Zapłata należności następuje przelewem na rachunek bankowy realizatora w terminie 21 dni od daty złożenia prawidłowej faktury VAT wraz z prawidłowym sprawozdaniem z realizacji programu.
4. Umowy wymienione w ust. 1 określają pozostałe warunki realizacji programu

Załączniki:

1. Formularz ofertowy
2. Oświadczenia

Pieczętka firmowa Oferenta

Oferta

na realizację w 2020 r. programu polityki zdrowotnej pn. „Kampania na rzecz wspierania osób dotkniętych niepłodnością z wykorzystaniem metod zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Aleksandrów Łódzki w latach 2020-2025”

I. INFORMACJE O OFERENCIE:		
1.	Pełna nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, telefon, adres e-mail	
3.	Nazwa podmiotu tworzącego	
4.	Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i organ prowadzący rejestr	
5.	Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego rejestru/ewidencji	
6.	NIP	
7.	REGON	
8.	Kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel., e-mail)	
9.	Osoba odpowiedzialna za realizację zadania (imię i nazwisko, nr tel., e-mail)	

10.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania (imię i nazwisko, nr tel., e-mail)	
11.	Nazwa banku i nr rachunku	

II. OPIS PROPONOWANEJ REALIZACJI PROGRAMU:

1. Szczegółowy opis realizacji Programu uwzględniający specyfikę Programu (m.in. populację objętą Programem (wiek/rocznik), liczbę osób objętych Programem, rodzaj i zakres świadczeń).

.....

.....

.....

.....

.....

2. Kwalifikacje personelu biorącego udział przy realizacji Programu.

Lp.	Imię i nazwisko	Nr prawa do wykonywania zawodu	Tytuł naukowy lub stopień naukowy	Zakres obowiązków i sposób zaangażowania przy realizacji oferty	Kompetencje i doświadczenie w wykonywaniu zadań będących przedmiotem zadania

3. Informacje o wyposażeniu i sprzęcie medycznym do realizacji Programu, którym dysponuje Oferent.

.....

.....

.....

.....

.....

4. Informacja o ewentualnych podwykonawcach biorących udział przy realizacji Programu.

.....

.....

.....

.....

.....

5. Sposób organizacji kampanii informacyjno–edukacyjnej (rodzaj działań/ liczba działań, liczba uczestników)

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

6. Miejsce wykonywania Programu z uwzględnieniem podwykonawców biorących udział przy realizacji Programu, dokładny adres, telefon, adres mailowy, (m.in. zasady udziału/rejestracji beneficjentów w Programie, dni i godziny realizacji Programu.

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

7. Harmonogram planowanych działań (z podaniem terminów rozpoczęcia i zakończenia działań).

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

8. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju (ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną).

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

8. Świadczenia w zakresie poradnictwa oferowane w ramach realizacji programu:

- 1) Poradnictwo obejmujące kwestię ryzyka okołoporodowego wynikającego ze stosowania ART. oraz ryzyka wynikającego z zachodzenia w ciążę mnogie (zgodnie z wytycznymi ACOG 2016, IFFS2015A, IFFS 2014, SOGC2014)

TAK ☐

NIE ☐

- 2) Poradnictwo obejmujące wyjaśnianie dostępnych opcji terapeutycznych, rezultatów leczenia, Możliwość przedyskutowania wątpliwości w celu podjęcia świadomej decyzji (zgodnie z wytycznymi NHMRC 2017, ESHRE 2015, EBCOG 2014, NICE 2013)

TAK ☐

NIE ☐

- 3) Poradnictwo obejmujące specjalistyczną opiekę psychologiczną lub informacje o sposobach uzyskania tego typu opieki (zgodnie z wytycznymi NHMRC 2017, ESHRE 2015, NICE 2013)

TAK ☐

NIE ☐

- 4) Poradnictwo obejmujące informacje o stylu życia i innych czynnikach, które mogą negatywnie wpłynąć na zdrowie reprodukcyjne (np. wiek, BMI, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu itp.) (zgodnie z wytycznymi ESHRE 2015, ACOG/ASRM 2014, SOGC 2014, NICE 2013)

TAK ☐

NIE ☐

III. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU:

1. Kosztorys jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego ze względu na rodzaj kosztów ():

Lp.	Nazwa Świadczenia	Proponowany koszt jednego świadczenia w zł.
1.	Stymulacja mnogiego jajczkowania wraz z monitoringiem	
2.	Wykonanie punkcji pęcherzyków jajnikowych	
3.	Znieczulenie ogólne podczas punkcji pęcherzyków jajnikowych	
4.	Pobranie nasienia i przygotowanie plemników do zapłodnienia (z wyłączeniem kosztów biopsji jądra lub najądrzy)	
5.	Zapłodnienie pozaustrojowe i nadzór nad rozwojem zarodków in vitro	
6.	Transfer zarodków do jamy macicy	
7.	Kriokonserwacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym nie transferowanych do jamy macicy (bez kosztu przechowywania)	
8.	Inne*	
OGÓŁEM		

** Inne rodzaje kosztów - nie ujęte w pkt 1-7, przy czym koszty te winny być zgodne z programem polityki zdrowotnej pn. „Kampania na rzecz wspierania osób dotkniętych niepłodnością z wykorzystaniem metod zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Aleksandrów Łódzki w latach 2020-2025”*

2. Deklarowana liczba procedur zapłodnienia pozaustrojowego, którą oferent może zrealizować w 2020 r.

.....

3. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

.....

.....

(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta)

Załącznik Nr 2
do ogłoszenia konkursowego
z dnia 07.05.2020 r.

Oświadczenie oferenta

1. Oferent oświadcza, że na dzień złożenia oferty:
 - 1) zapoznał się z treścią Uchwały nr XXIV/171/20 Rady Miejskiej w Aleksandrowie Łódzkim z dnia 30 kwietnia 2020 roku w sprawie: przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn "Kampania na rzecz wspierania osób dotkniętych niepłodnością z wykorzystaniem metod zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Aleksandrów Łódzki w latach 2020-2025";
 - 2) zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert oraz Regulaminem pracy Komisji konkursowej oraz, stanowiącymi załączniki nr 1 i 2 do zarządzenia nr 73/2020 Burmistrza Aleksandrowa Łódzkiego z dnia 07.05.2020 r.;
 - 3) spełnia wymagania określone w przepisach odrębnych, w szczególności w ustawie z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności;
 - 4) realizuje Europejski Program Monitoringu wyników leczenia metodami zapłodnienia pozaustrojowego – European IVF Monitoring (EIM);
 - 5) stosuje wytyczne zawarte w Algorytmach Diagnostyczno–Lecznicznych w Niepłodności przygotowanych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Sekcję Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego
 - 6) współpracuje z psychologiem posiadającym praktykę w dziedzinie będącej przedmiotem programu polityki zdrowotnej pn. „Kampania na rzecz wspierania osób dotkniętych niepłodnością z wykorzystaniem metod zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Aleksandrów Łódzki w latach 2020-2025” oraz umożliwi uczestnikom programu korzystanie z bezpłatnej konsultacji psychologicznej;
 - 7) ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji programu w tym również za szkody wyrządzone przez podwykonawców;
 - 8) 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 RODO)
2. Ponadto oferent oświadcza, że zaproponowana w formularzu ofertowym kalkulacja kosztów realizacji, w przypadku zawarcia umowy pomiędzy Gminą Aleksandrów Łódzki a oferentem, pozostanie niezmienna przez cały okres obowiązywania umowy.

.....
*Pieczęć nagłówkowa podmiotu
wykonującego działalność leczniczą
(oferenta)*

.....
Miejscowość, data