

ZARZĄDZENIE NR RZ.0050.340.2022
BURMISTRZA MIASTA PYSKOWICE

z dnia 10 listopada 2022 r.

w sprawie zmiany Zarządzenia nr RZ.0050.332.2022 Burmistrza Miasta Pyskowice z dnia 2 listopada 2022 r. w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia konkursu ofert na realizację w latach 2022 – 2025 programu polityki zdrowotnej, pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców Pyskowic w latach 2022-2025” oraz określenia wymagań, kryteriów i zasad wyboru realizatora/realizatorów oraz środków finansowych na jego realizację

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2022 r. poz. 559 z późn. zm.) oraz art. 48 ust. 1 i art. 48b ust. 1, 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), w związku z uchwałą nr XL/VIII/448/2022 Rady Miejskiej w Pyskowicach z dnia 25 sierpnia 2022r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro dla mieszkańców Pyskowic w latach 2022-2025” zarządzam, co następuje:

§ 1. W Zarządzeniu nr RZ.0050.332.2022 Burmistrza Miasta Pyskowice z dnia 2 listopada 2022 r. w sprawie ogłoszenia i przeprowadzenia konkursu ofert na realizację w latach 2022 – 2025 programu polityki zdrowotnej, pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców Pyskowic w latach 2022-2025” oraz określenia wymagań, kryteriów i zasad wyboru realizatora/realizatorów oraz środków finansowych na jego realizację dokonuję następujących zmian:

1. W załączniku do Zarządzenia prostuję omyłki pisarskie w tytule wzoru formularza ofertowego ustalając nowe brzmienie tytułu jako: „Oferta na realizację w latach 2022-2025 programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego - in vitro dla mieszkańców Pyskowic w latach 2022-2025”.

2. Wzór formularza ofertowego, po zmianie tytułu, stanowi załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§ 2. Wykonanie Zarządzenia powierzam Naczelnikowi Wydziału Spraw Społecznych i Sportu.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem wydania.

Burmistrz Miasta

mgr Adam Wójcik

.....
Pieczęćka firmowa oferenta

Oferta

**na realizację w latach 2022-2025 programu polityki zdrowotnej
pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego - in vitro
dla mieszkańców Pyskowic w latach 2022-2025”**

I. INFORMACJE O OFERENCIE:		
1.	Pełna nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy 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.	Imię i nazwisko, telefon kontaktowy oraz adres e-mail do osoby upoważnionej przez oferenta do udzielania informacji dotyczącej oferty	

II. OPIS PROPONOWANEJ REALIZACJI PROGRAMU:

1. Rodzaj i zakres proponowanych świadczeń, kwalifikacje personelu biorącego udział przy realizacji Programu (posiadane specjalizacje, doświadczenie w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, ginekologii i położnictwa, anestezjologii w zakresie stosowania zaawansowanych metod wspomaganego rozrodu, itp.)

2. Informacje o zasadniczym sprzęcie medycznym do realizacji Programu, którym dysponuje Oferent.

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

4. Sposób organizacji kampanii informacyjno-edukacyjnej (rodzaj działań/liczba działań).

5. Miejsce wykonywania Programu, dokładny adres, telefon, adres mailowy (w szczególności: opis warunków lokalowych, w których realizowany będzie Program.

6. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju (ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną)/okres realizacji procedur zapłodnienia pozaustrojowego, liczba zrealizowanych procedur).

--

III. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU:

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

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

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty:

.....

ZAŁĄCZNIKI

1. kserokopię dokumentu stanowiącego o podstawie prawnej działalności podmiotu (aktualne pozwolenie na prowadzenie ośrodka medycznie wspomaganey prokreacji i/lub centra leczenia niepłodności wpisane przez Ministra Zdrowia do rejestru i/lub znajdujące się w wykazie centrów leczenia niepłodności prowadzonym przez Ministra Zdrowia, spełniające warunki określone przepisami Ustawy o leczeniu niepłodności lub działające na podstawie zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia Programu Dostosowawczego zgodnie z art. 98 ustawy o leczeniu niepłodności);
- 2) 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;
- 3) 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;
- 4) 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;
- 5) kserokopie dokumentów potwierdzających posiadanie specjalizacji przez personel medyczny mający realizować Program;
- 6) kserokopie dokumentów potwierdzających współpracę z psychologiem posiadającym doświadczenie w pracy z pacjentami niepłodnymi;
- 7) oświadczenia, że oferent:
 - spełnia warunki określone przepisami Ustawy o leczeniu niepłodności;
 - zapoznał się z treścią Programu, dokumentacją konkursu ofert, w tym ramowym projektem umowy i akceptuje wszystkie zawarte w nim treści;
 - wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;
 - postępuje zgodnie z przepisami ustawy o leczeniu niepłodności.

.....
(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta)

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)