

**ZARZĄDZENIE Nr 66/2017**  
**Burmistrza Miasta Szczecinek**

z dnia 28 lipca 2017 r.

**w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej  
pn. „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego  
dla mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2017-2019”**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 446, z późn. zm.) oraz art. 48 ust. 1 i art. 48b ust. 1-3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) w związku z uchwałą Nr XLVI/393/2017 Rady Miasta Szczecinek z dnia 21 lipca 2017 r. w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego pn.: „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2017-2019” **zarządzam, co następuje:**

**§ 1.** Ogłasza się konkurs ofert na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2017-2019”.

**§ 2.** Treść ogłoszenie o konkursie, o którym mowa w § 1 stanowi załącznik nr 1 do nin. zarządzenia.

**§ 3.1.** W celu przeprowadzenia konkursu, o którym mowa w § 1, powołuje się Komisję Konkursową, zwaną dalej Komisją, w składzie:

- 1) Przewodniczący - Marek Ogrodziński  
Radny Rada Miasta Szczecinek
- 2-3) Członkowie
  - Beata Kowal  
Pełnomocnik Burmistrza ds. uzależnień i kontaktów z organizacjami pozarządowymi
  - Elżbieta Szukiel  
Zastępca Dyrektora Wydziału Nadzoru Urzędu Miasta Szczecinek

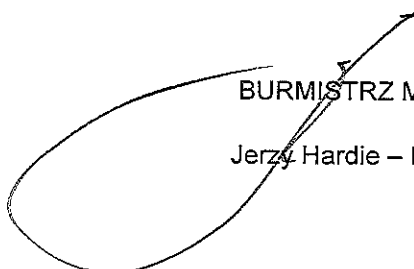
**2.** Zasady i tryb pracy Komisji określa regulamin stanowiący załącznik nr 2 do nin. zarządzenia.

**§ 4.** Formularz, na którym należy sporządzić ofertę, stanowi załącznik nr 3 do nin. zarządzenia.

**§ 5.** Karta oceny formalnej stanowi załącznik nr 4 do nin. zarządzenia.

**§ 6.** Wykonanie zarządzenia powierza się Pełnomocnikowi Burmistrza ds. uzależnień i kontaktów z organizacjami pozarządowymi.

**§ 4.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

  
BURMISTRZ MIASTA  
Jerzy Hardie – Douglas

## Ogłoszenie konkursu ofert

### na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2017-2019”

#### Burmistrz Miasta Szczecinek

na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 446, z późn. zm.) oraz art. 48 ust. 1 i art. 48b ust. 1-3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) w związku z uchwałą Nr XLVI/393/2017 Rady Miasta Szczecinek z dnia 21 lipca 2017 r. w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego pn.: „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2017-2019”

#### ogłasza

konkurs ofert na realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2017-2019”.

#### I. Przedmiot konkursu

1. Przedmiotem konkursu jest wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. "Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2017-2019" stanowiącego załącznik do uchwały Nr XLVI/393/2017 z 21 lipca 2017 r. w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego pn.: „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2017-2019”.

2. Program dostępny jest w Biuletynie Informacji Publicznej Miasta Szczecinek pod adresem internetowym [www.bip.szczecinek.pl](http://www.bip.szczecinek.pl) w dziale programy i zamierzenia.

3. Program zdrowotny pn.: „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2017-2019”, zwany dalej „Programem” określa sposób jego organizacji i realizacji, w tym w szczególności:

- 1) planowane interwencje medyczne;
- 2) kryteria i sposób kwalifikacji par do udziału w Programie;
- 3) zasady udzielania świadczeń w ramach Programu;
- 4) sposób zakończenia udziału w Programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników Programu, jeżeli istnieją wskazania;
- 5) wymagane kompetencje personelu i warunki prowadzenia leczenia.

4. Program obejmuje dofinansowanie kosztów co najmniej jednej i nie więcej niż trzech procedur biotechnologicznych zapłodnienia pozaustrojowego. Koszt dofinansowania jednej procedury może wynieść do 5 000 zł, nie więcej jednak niż 80% kosztów całej procedury biotechnologicznej.

#### II. Adresaci konkursu

Konkurs ofert adresowany jest do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w trybie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.), świadczących usługi medyczne w zakresie leczenia niepłodności metodami zapłodnienia

pozaustrojowego w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz.U. z 2017 r. poz. 865).

### **III. Warunki, jakie powinni spełniać przystępujący do konkursu Oferenci**

Oferent przystępujący do konkursu powinien:

1. realizować Europejski Program Monitoringu Wyników Leczenia Metodami Zapłodnienia Pozaustrojowego – European IVF Monitoring (EIM);
2. dysponować odpowiednią, doświadczoną kadrą oraz aparaturą i posiadać odpowiednie warunki do prowadzenia leczenia zgodnie z wymogami określonymi w części IV.VIII Programu;
3. stosować wytyczne zawarte w Algorytmach Diagnostyczno-Lecznicznych w Niepłodności przygotowanych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Sekcję Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego;
4. posiadać pozwolenia Ministra Zdrowia na prowadzenie ośrodka medycznie wspomaganey prokreacji oraz pozytywną opinię właściwego inspektora sanitarnego;
5. wykonywać co najmniej 200 procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie, w okresie ostatnich 3 lat;
6. złożyć ofertę zgodnie z wymogami określonymi w pkt. V.

### **IV. Zakres działań prowadzonych w ramach Programu**

Do obowiązków Oferenta wybranego do realizacji zadania należeć będzie m. in.:

1. zapewnienie dostępności do świadczeń finansowanych w ramach programu przez 6 dni w tygodniu z zapewnieniem nadzoru embriologicznego nad laboratorium przez 7 dni w tygodniu oraz możliwością zrealizowania świadczeń w trybie weekendowym (dyżurnym) jeśli sytuacja kliniczna będzie tego wymagała, zapewnienie możliwość rejestracji telefonicznej i elektronicznej, oraz kontakt telefoniczny z personelem medycznym przez 7 dni w tygodniu/24 godziny na dobę na wypadek powikłań pozabiegowych;
2. dokonywanie kwalifikacji medycznej pacjentów do Programu;
3. występowanie do Burmistrza Miasta Szczecinek z wnioskiem o skierowanie pacjentów do udziału w Programie celem uzyskania potwierdzenia dofinansowania procedury zapłodnienia pozaustrojowego;
4. zrealizowanie w ramach jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego następujących jej elementów:
  - 1) wykonanie punkcji pęcherzyków jajnikowych,
  - 2) znieczulenie ogólne podczas punkcji,
  - 3) zapłodnienie komórki jajowej dostępnymi obecnie metodami i nadzór nad rozwojem zarodków in vitro,
  - 4) transfer zarodków do jamy macicy,
  - 5) wtryfikacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym,
  - 6) kriokonserwacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym nietransferowanych do jamy macicy i przechowywanie (pierwszy rok)
  - 7) zamrożenie i przechowywanie przez okres 1 roku komórek jajowych w przypadku przeprowadzania procedury w związku z zagrożeniem utraty płodności,
5. comiesięczne raportowanie realizacji Programu;
6. przedłożenie Zleceniodawcy rocznego sprawozdania z realizacji Programu za rok ubiegły do 15 stycznia roku następnego;
7. umieszczenie informacji o realizowanym Programie na stronie internetowej oraz w siedzibie Oferenta.

### **V. Wymogi dotyczące składanych ofert**

1. Oferty należy składać na formularzu oferty, którego wzór stanowi załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 66/2017 Burmistrza Miasta Szczecinek z dnia 28 lipca 2017 r., zawierającym 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 inny 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) oferowaną cenę wykonania jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego,
  - 6) oświadczenie oferenta.
2. Oferty należy uzupełnić następującymi załącznikami przedstawionymi w formie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta:
- 1) aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę oraz o 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 wspomaganą prokreacji,
  - 4) pozytywna opinia właściwego inspektora sanitarnego.

#### **VI. Zasady prowadzenia konkursu ofert:**

1. Wysokość środków finansowych przeznaczonych z budżetu Miasta Szczecinek na realizację zadania wynosi **300 000 zł**, tj. po **100 000 zł** w latach: 2017, 2018 i 2019.
2. Termin realizacji zadania – od dnia podpisania umowy do dnia 15.12.2019 r.
3. Oferty wraz z załącznikami należy składać w zamkniętych kopertach opatrzonych napisem „Oferta – in vitro” w Biurze Obsługi Interesanta Urzędu Miasta Szczecinek, pl. Wolności 13, 78-400 Szczecinek lub przesać pocztą w nieprzekraczalnym terminie do **16.08.2017 r.**
4. Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w terminie do 30 dni roboczych od daty upływu składania ofert.
5. Burmistrz Miasta Szczecinek zastrzega sobie prawo do:
  - 1) wyboru więcej niż jednej oferty
  - 2) nierozstrzygnięcia konkursu ofert bez podania przyczyny,
  - 3) przedłużenia terminu składania ofert,
  - 4) przedłużenia terminu otwarcia ofert i rozstrzygnięcia konkursu
  - 5) zmiany terminu realizacji zadania
  - 6) odstąpienia od realizacji Programu z przyczyn obiektywnych (np. zmian w budżecie Miasta Szczecinek dotyczących zadania).
6. Od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nie przysługuje odwołanie.
7. Wyniki postępowania konkursowego zostaną opublikowane na tablicy ogłoszeń w Urzędzie Miasta Szczecinek, na stronie internetowej Miasta oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.
8. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi szczegółowymi warunkami konkursu mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego.
9. Dodatkowe informacje na temat konkursu można uzyskać u Pełnomocnika ds. uzależnień oraz kontaktów z organizacjami pozarządowymi - Urząd Miasta Szczecinek – budynek B pok. 120, tel. 94 37 141 53

**BURMISTRZ MIASTA**  
*Jerzy Hardie-Douglas*

**Regulamin pracy Komisji Konkursowej  
powołanej do przeprowadzenia procedury zmierzającej do dokonania wyboru  
realizatorów programu polityki zdrowotnej  
pn. „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego  
dla mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2017-2019”**

**§ 1.** 1. Komisja Konkursowa zwana dalej „Komisją”, obraduje na posiedzeniach zamkniętych, bez udziału oferentów.

2. Pracami Komisji kieruje Przewodniczący lub wyznaczony przez niego członek Komisji.

3. Do ważności obrad Komisji niezbędna jest obecność, co najmniej 50% jej składu.

4. Wszystkie decyzje dotyczące przebiegu konkursu Komisja podejmuje w głosowaniu jawnym, zwykłą większością głosów.

5. W przypadku równej ilości głosów decyduje głos Przewodniczącego.

6. Na wniosek Przewodniczącego w pracach Komisji mogą brać udział osoby posiadające specjalistyczną wiedzę w dziedzinie dotyczącej przedmiotu konkursu. Osoby te posiadają głos doradczy i nie mają uprawnień decyzyjnych.

**§ 2.** 1. Członek Komisji podlega wyłączeniu od udziału w pracach Komisji, jeżeli pozostaje w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa lub jest związany z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z oferentami lub członkami organów zarządzających oferenta, oferent lub członkowie organów zarządzających oferenta pozostają wobec członka Komisji w stosunku nadrzędności służbowej, lub pozostają z nim w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości, co do bezstronności członka Komisji.

2. W przypadku, gdy nie występują przesłanki, o których mowa w ust. 1 członkowie Komisji, podpisują oświadczenia o niepodleganiu wykluczeniu z prac Komisji z tych powodów.

3. W sytuacji, o której mowa w ust. 1, Burmistrz Miasta Szczecinek uzupełnia skład Komisji i powołuje nowego członka Komisji.

**§ 4.** 1. Komisja w ramach postępowania konkursowego dokonuje kolejno następujących czynności:

a) podpisuje listę obecności

b) stwierdza liczbę otrzymanych ofert;

c) otwiera koperty z ofertami;

d) podpisuje oświadczenie, o którym mowa w § 2 ust. 2

e) ustala, czy oferty spełniają wymogi formalne określone w ogłoszeniu i dokumentuje to w kartach oceny formalnej;

f) odrzuca oferty niespełniające kryteriów formalnych określonych w ogłoszeniu;

g) przedkłada Burmistrzowi Miasta Szczecinek protokół z postępowania konkursowego, wskazując oferty spełniające warunki formalne określone w konkursie.

2. Komisji przysługuje prawo wezwania Oferenta do uzupełnienia brakujących dokumentów w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

**§ 5.** Konkurs rozstrzyga Burmistrz Miasta Szczecinek, po zapoznaniu się z opinią Komisji.

**§ 6.** W zakresie nieuregulowanym w ogłoszeniu konkursowym zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego dotyczące przetargu.

**BURMISTRZ MIASTA**

*Jerzy Hardie-Douglas*

.....  
Data i miejsce złożenia oferty  
(wypełnia organ administracji publicznej)

.....  
(pieczęć Oferenta)

**OFERTA**  
**NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

„Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia  
pozaustrojowego dla mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2017-2019”

okres realizacji od ..... do .....

## I. Dane oferenta

1. Pełna nazwa oferenta zgodna z właściwym rejestrem lub dokumentem założycielskim

.....  
.....

2. Dokładny adres siedziby:

.....  
.....

tel. .... fax. ....

e-mail ..... http:// .....

3. Forma prawna .....

4. Numer wpisu do krajowego rejestru sądowego lub innego rejestru/ewidencji

.....

5. Numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych i organ prowadzący rejestr

.....

6. Nr NIP .....

7. Nazwa banku i nr rachunku bankowego

.....

8. Imiona i nazwiska osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta i do podpisywania umowy na realizację Programu

.....

.....

9. Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i korekt dotyczących oferty (imię i nazwisko, funkcja oraz nr telefonu kontaktowego i e-mail)

.....

.....

**II. Szczegółowy sposób realizacji Programu**

1. Proponowana liczba osób, którą Oferent może objąć leczeniem

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

2. Miejsce wykonywania Programu z uwzględnieniem ewentualnych podwykonawców biorących udział w jego realizacji, dokładny adres, telefon, e-mail

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

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

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

4. Informacje dotyczące liczby i kwalifikacji personelu fachowego biorącego udział w realizacji Programu

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



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

5. Dostępność do świadczeń w ciągu tygodnia (godziny realizacji, liczba badań wykonanych tygodniowo)

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

**III. Termin realizacji procedur w ramach Programu**

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

**IV. Harmonogram planowanych działań (z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia).**

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

## V. Oferowana cena wykonania jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego.

Oferent proponuje cenę całkowitą jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego składającej się z następujących jej elementów:

- 1) wykonanie punkcji pęcherzyków jajnikowych,
- 2) znieczulenie ogólne podczas punkcji,
- 3) zapłodnienie komórki jajowej dostępnymi obecnie metodami i nadzór nad rozwojem zarodków in vitro,
- 4) transfer zarodków do jamy macicy,
- 5) witrifikacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym,
- 6) kriokonserwacja zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym nietransferowanych do jamy macicy i przechowywanie (pierwszy rok),
- 7) zamrożenie i przechowywanie przez okres 1 roku komórek jajowych w przypadku przeprowadzania procedury w związku z zagrożeniem utraty płodności.

w wysokości .....zł, ( słownie ..... złotych),

mając świadomość, że dofinansowanie procedury w ramach Programu może wynieść do 5 000 zł, nie więcej jednak niż 80% kosztów całej procedury biotechnologicznej.

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kalkulacji przewidywanych kosztów realizacji programu

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

## VI. Inne wybrane informacje dotyczące realizacji programu polityki zdrowotnej

Skuteczność zapłodnienia pozaustrojowego IVF/ICSI udokumentowana w raportach do konsorcjum European IVF-monitoring (EIM) prowadzonego przez ESHRE z okresu ostatnich 3 lat.

Lp.	Brak powstałej ciąży klinicznej	Ciąża kliniczna pojedyncza	Ciąża kliniczna wielopłodowa	Suma transferów	Ciąże kliniczne łącznie	Stosunek liczby ciąż klinicznych do liczby transferów

## VII. Oświadczenie

Oferent oświadcza, że na dzień złożenia oferty:

- 1) w stosunku do oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych, a w stosunku do osób uprawnionych do reprezentowania oferenta nie orzeczono zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie są one karane za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
- 2) jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym,
- 3) spełnia wymagania określone w przepisach odrębnych, w szczególności w ustawie z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności,
- 4) dysponuje odpowiednią doświadczoną kadrą oraz aparaturą i posiada odpowiednie warunki do prowadzenia leczenia,
- 5) posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym dla realizacji zadania,
- 6) realizuje Europejski program monitoringu wyników leczenia metodami zapłodnienia pozaustrojowego - European IVF Monitoring (EIM) i raportuje dane do europejskiego raportu ESHRE,
- 7) w trakcie leczenia stosuje wytyczne zawarte w Algorytmach Diagnostyczno-Lecznicznych w Niepłodności, opracowane przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Sekcję Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz wytyczne zawarte w rekomendacjach pacjenckich w leczeniu niepłodności Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji „Nasz Bocian”,
- 8) w ciągu ostatnich 3 lat wykonał co najmniej 200 procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie,
- 9) zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert,
- 10) jest świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
czytelne podpisy i pieczętki osób uprawnionych  
do reprezentowania oferenta

### Załączniki:

- 1) Aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę oraz o 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 wspomaganego prokreacji
- 4) Pozytywna opinia właściwego inspektora sanitarnego
- 5) .....
- 6) .....
- 7) .....

Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)


**BURMISTRZ MIASTA**

*Jerzy Hardie-Douglas*

<b>Karta oceny formalnej</b>			
<b>„Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Miasta Szczecinek na lata 2017-2019”</b>			
Nazwa i adres Oferenta			
Cena całkowita jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego w zł			
<b>Kryteria oceny formalnej oferty</b>			
(spełnienie warunków określonych w zarządzeniu Nr 66/2017 Burmistrza Miasta Szczecinek z dnia 28 lipca 2017 r.)			
		<b>Oferta</b>	
		<b>Spełnia wymagania</b>	
		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
1.	Ofertę złożono w terminie wskazanym w ogłoszeniu o konkursie.		
2.	Oferta została złożona przez uprawniony podmiot, tj. spełniający warunki określone w pkt. II i III załącznika nr 1 do zarządzenia.		
3.	Oferta realizacji zadania przygotowana została na wzorze ofertowym stanowiącym załącznik nr 3 do zarządzenia.		
4.	Oferent podpisał oświadczenie - pkt. VII załącznika nr 3 do zarządzenia		
5.	Oferta podpisana została przez osoby uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta.		
6.	Wymagane załączniki do oferty: aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę oraz o umocowaniu osób go reprezentujących, które podpisały ofertę aktualny wydruk/odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pozwolenie Ministra Zdrowia na prowadzenie ośrodka medycznie wspomaganą prokreacji pozytywna opinia właściwego inspektora sanitarnego		
<b>Wynik oceny formalnej ofert</b>		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Oferta spełnia wszystkie ogólne kryteria formalne.			

**BURMISTRZ MIASTA**

*Jerzy-Hardie-Douglas*



.....  
(data i podpis członka Komisji Konkursowej)