Załącznik nr 3

do Zarządzenia Nr3/2/2023

Prezydenta Miasta Leszna

z dnia 1 lutego 2023 r.

**FORMULARZ OFERTY**

**do konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej: „Program Wspierania Leczenia Niepłodności Mieszkańców Miasta Leszna na rok 2023”**

1. Dane o oferencie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.  | Nazwa |  |
| 2. | Adres (ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, powiat, województwo) |  |
| 3. | Telefon, fax**,** adres e-mail |  |
| 4. | Data i numer wpisu do właściwego rejestru |  |
| 5. | NIP |  |
| 6. | Regon |  |
| 7. | Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| 8 | Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| 9. | Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| 10. | Numer telefonu wyznaczony do realizacji programu (rejestracja, udzielanie informacji) |  |

1. Przystąpienie do konkursu: Oferent oświadcza, że :

Wykona program polityki zdrowotnej: **„Program Wspierania Leczenia Niepłodności Mieszkańców Miasta Leszna na rok 2023”** w zakresie określonym w ogłoszeniu o konkursie i szczegółowych warunkach konkursu zwany dalej Programem za następującą cenę:

1. wstępne badanie lekarskie - cena brutto ……………………….
2. każde kolejne badanie lekarskie - cena brutto ………………………….
3. badania diagnostyczne:
4. podstawowy profil hormonalny - cena brutto ………………………..
5. podstawowe badania oceniające ogólny stan zdrowia: morfologia, próba obciążenia glukozą, próby wątrobowe, lipidogram, badanie ogólne moczu - cena brutto ……………………………………….
6. badania genetyczne – badanie kariotypu - cena brutto ..........................
7. badania w kierunku zaburzeń immunologicznych - m.i. przeciwciała aTPO, aTg (tylko u osób z chorobą tarczycy), cytometria przepływowa z oceną subpopulacji limfocytów z uwzględnieniem komórek NK, przeciwciała ANA, przeciwciała anty HLA klasy I, II, MICA, cytokiny zapalne - cena brutto ........................................................................
8. badania mikrobiologiczne – posiew i biocenoza pochwy, posiew nasienia na bakterie tlenowe i beztlenowe, wymazy w kierunku patogenów urogenitalnych, obecność Gardnella vaginalis - cena brutto …………………………………………………………….
9. badanie ogólne nasienia oraz w razie potrzeby test hialuronowy, test MAR, test fragmentacji DNA plemnika - cena brutto ………………….
10. badania obrazowe – ultrasonograficzne, których czas i ilość będzie uzależniona od parametrów cyklu miesiączkowego. Zakres badania to ocena ultrasonograficzna narządów miednicy mniejszej, prawidłowości anatomicznej. Niezbędna w procesie diagnostycznym jest również ocena jakości - cena brutto ………………………………

Łączna cena brutto wszystkich badań diagnostycznych, wstępnego badania lekarskiego oraz trzech dodatkowych badań lekarskich – cena brutto będąca sumą cen poszczególnych badań oraz wynagrodzenia lekarza ……………………………………………..

**Za wykonanie Programu Miasto Leszno zapłaci, oferentowi - zleceniobiorcy wynagrodzenie, które stanowić będzie sumę cen poszczególnych badań wykonanych dla jednej pary wykazanych w sprawozdaniu merytorycznym. Przy czym cena badania dla jednej pary stanowi sumę cen poszczególnych badań wykonanych dla jednej pary.**

1. Oferent oświadcza, że akceptuje warunki wykonania Programu zawarte w ogłoszeniu o konkursie i szczegółowych warunkach konkursu, a w szczególności dotyczące:
2. Terminu wykonania przedmiotu konkursu i zobowiązania wykonania Programu w terminie: od dnia podpisania do 15.12.2023 r.

1. Warunków płatności:
2. podstawę wypłaty wynagrodzenia stanowić będzie sprawozdanie merytoryczne z wykonania programu albo części programu,
3. sprawozdanie merytoryczne w formie pisemnej będzie zawierać liczbę osób, u których przeprowadzono badania. W sprawozdaniu należy również wskazać problemy, które wystąpiły podczas jego realizacji i sposób ich rozwiązania.
4. sprawozdanie merytoryczne oferent przekazuje Zleceniodawcy w terminie do 7 dni od dnia zakończenia realizacji zadania,
5. wynagrodzenie, zostanie przekazane przez Zleceniodawcę przelewem na konto bankowe oferenta:….………………………….………………………w terminie 7 dni od daty otrzymania przez Zleceniodawcę sprawozdania merytorycznego i faktury.
6. Ponadto Oferent oświadcza:
7. złożona oferta wiąże nas na 30 dni. Bieg terminu rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert,
8. w przypadku uznania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję(my) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez Zleceniodawcę,
9. zamówienie zamierzamy/ nie zamierzamy\* powierzyć podwykonawcom w następującym zakresie:

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Zakres przedmiotu konkursu do wykonania przez podwykonawcę |
|  |  |

1. Załączniki do niniejszej oferty\*:
2. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
3. wpis do właściwego rejestru,
4. statut zakładu (jeżeli posiada),
5. kopie dokumentów poświadczających kwalifikacje zawodowe osób, które będą brały udział w realizacji programu w zakresie objętym przedmiotem konkursu,
6. kopie aktualnej polisy zawarcia umowy od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych , również w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV, na okres ich udzielania.
7. Oświadczenie o niezaleganiu z tytułu składek na ubezpieczenie wobec ZUS,
8. Oświadczenie o niezaleganiu z tytułu podatków,
9. Oświadczenie, że sprzęt medyczny, używany do realizacji programu, spełnia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa,
10. Inne dokumenty: ………………………………………………………………….

Data

podpis Oferenta - Zleceniobiorcy

lub upoważnionego przedstawiciela

\* niepotrzebne skreślić