

Zarządzenie Nr 34/2024

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 6 lutego 2024 r.

w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok” oraz powołania Komisji Konkursowej do przeprowadzenia postępowania.

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 i 4 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40, 572, 1463 i 1688), art. 4 ust. 1 pkt 2, art. 92 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1526, z 2023 r. poz. 572), art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 8 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1 i 5 i art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674, 2770, z 2023 r. poz. 605, 650, 658, 1234, 1429, 1675, 1692, 1733, 1831, 1872, 1938 i 2730) i Uchwały Nr LXXII/6/2024 Rady Miasta Włocławek z dnia 30 stycznia 2024 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok”

zarządza się, co następuje:

- § 1. 1. Ogłasza się konkurs ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok”.
2. Treść ogłoszenia o konkursie, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 1 do zarządzenia.
3. Wzór oferty stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia
4. Wzór zaktualizowanego zakresu rzeczowego i kosztorysu stanowi załącznik nr 3 do zarządzenia.
5. Ramowy wzór umowy na realizację programu stanowi załącznik nr 4 do zarządzenia.
6. Wzór sprawozdania miesięcznego z realizacji programu stanowi załącznik nr 5 do zarządzenia.
7. Wzór sprawozdania końcowego z realizacji programu stanowi załącznik nr 6 do zarządzenia.
8. Wzór wniosku o dofinansowanie świadczeń stanowi załącznik nr 7 do zarządzenia.
9. Wzór ankiety satysfakcji uczestnika programu stanowi załącznik nr 8 do zarządzenia.
- § 2. Ogłoszenie publikuje się poprzez zamieszczenie:
- 1) w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Włocławek - www.bip.um.wlocl.pl,
- 2) na stronie internetowej Urzędu Miasta Włocławek - www.wloclawek.eu,
- 3) na tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta Włocławek, Zielony Rynek 11/13.
- § 3. Termin składania ofert wyznaczony zostaje na 15 dni od daty opublikowania ogłoszenia, o którym mowa w §1 ust. 2.
- § 4. 1. W celu przeprowadzenia konkursu, o którym mowa w § 1 ust. 1, powołuje się Komisję Konkursową, zwaną dalej Komisją, w składzie :
- 1) Pani Domicela Kopaczewska – Zastępca Prezydenta Miasta – Przewodnicząca Komisji,
- 2) Pani Elżbieta Dynarska - dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego – Zastępca Przewodniczącej Komisji,
- 3) Pani Joanna Kowalewska – główny specjalista w Wydziale Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego – Sekretarz Komisji,
- 4) Pani Marta Molewska – starszy inspektor w Wydziale Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego – Członek Komisji,
- 5) Pani Agnieszka Antosik – starszy inspektor w Wydziale Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego – Członek Komisji.

2. Członek Komisji podlega wyłączeniu od udziału w komisji, gdy oferentem jest:
 - 1) jego małżonek oraz krewny i powinowaty do drugiego stopnia,
 - 2) osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli,
 - 3) osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej,
 - 4) osoba, której małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia albo osoba związana z nią z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli pozostaje wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej.
 3. W sytuacji, o której mowa w ust. 2, Prezydent Miasta Włocławek może uzupełnić skład i powołać do Komisji nowego członka.
 4. Prace Komisji są ważne przy udziale co najmniej 3 członków Komisji.
 5. W przypadku nieobecności Przewodniczącej Komisji i Zastępcy Przewodniczącej Komisji jej funkcję pełni Sekretarz Komisji.
 6. Komisja z przebiegu prac sporządza protokół.
 7. Komisja przedkłada Prezydentowi Miasta Włocławek propozycję co do wyboru ofert najpóźniej w terminie dwóch tygodni od dnia otwarcia ofert.
- § 5. Wykonanie zarządzenia powierza się Dyrektorowi Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek.
- § 6. Nadzór nad wykonaniem zarządzenia powierza się właściwemu w zakresie nadzoru Zastępcy Prezydenta Miasta Włocławek.
- § 7. 1. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.
2. Zarządzenie podlega podaniu do publicznej wiadomości poprzez ogłoszenie w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Włocławek.

PREZYDENT MIASTA
[Signature]
dr Marek Wojtkowski

sprawozdano pod
uzgodnieniem
formalnym
SZY INSPEKTOR
[Signature]
Jolanta Ordani
RADCA PRAWNY
[Signature]
Włocławek, 12/11/86
T/W-121/86

UZASADNIENIE

Rada Miasta Włocławek Uchwałą Nr LXXII/6/2024 z dnia 30 stycznia 2024 r. przyjęła „Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok”. Wobec powyższego zachodzi konieczność dokonania wyboru realizatorów programu. W tym celu ogłasza się konkurs ofert. W ogłoszeniu o przeprowadzeniu konkursu umieszcza się wszelkie niezbędne dla wnioskodawców informacje, jak: przedmiot konkursu, wymagania stawiane oferentom, termin i miejsce składania ofert. Działania oraz interwencje planowane do realizacji przez oferentów w konkursie muszą odpowiadać zakresowi określonemu w programie.

Konkurs zostanie ogłoszony w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie internetowej Urzędu Miasta Włocławek, a także na tablicy ogłoszeń Urzędu Miasta Włocławek.

Rozstrzygnięcia konkursu dokona Prezydent Miasta Włocławek na podstawie protokołu sporządzonego przez Komisję Konkursową powołaną w celu przeprowadzenia konkursu ofert.

ZASTĘPCA PREZYDENTA

Domicela Kopaczewska

31.01.2024r.

OWNY SPECJALISTA

Joanna Kowalewska

OGŁOSZENIE

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 30 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 i 4 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40, 572, 1463 i 1688), art. 4 ust. 1 pkt 2, art. 92 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1526, z 2023 r. poz. 572), art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 8 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1 i 5 i art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674, 2770, z 2023 r. poz. 605, 650, 658, 1234, 1429, 1675, 1692, 1733, 1831, 1872, 1938 i 2730) i Uchwały Nr LXXII/6/2024 Rady Miasta Włocławek z dnia 30 stycznia 2024 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok”

Prezydent Miasta Włocławek

**ogłasza konkurs i zaprasza do składania ofert na realizację programu polityki zdrowotnej
pn. „Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla
mieszkańców miasta Włocławek na terenie miasta Włocławek na 2024 rok”**

I. Ogólne zasady postępowania konkursowego

1. Udzielającym zamówienia jest Gmina Miasto Włocławek reprezentowana przez Prezydenta Miasta Włocławek.
2. Konkurs prowadzi komisja konkursowa powołana przez Prezydenta Miasta Włocławek.
3. Postępowanie jest prowadzone na podstawie:
 - 1) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 późn. zm.),
 - 2) niniejszego ogłoszenia konkursu ofert.

II. Przedmiot konkursu:

Przedmiotem konkursu jest wybór realizatora, który zorganizuje i przeprowadzi program polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok”, zwany dalej programem, stanowiący załącznik do Uchwały Nr LXXII/6/2024 Rady Miasta Włocławek z dnia 30 stycznia 2024 r.¹, z zachowaniem założeń w nim określonych. W ramach programu przewidziane jest wykonanie 45 procedur wspomaganego rozrodu.

III. Oferenci:

W otwartym konkursie ofert mogą wziąć udział podmioty wykonujące działalność leczniczą na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.), świadczące 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 2020 r. poz. 442), które:

- 1) zostały wpisane do Rejestru Ośrodków Medycznie Wspomaganej Prokreacji i Banków Komórek Rozrodczych i Zarodków prowadzonego przez Ministra Zdrowia,
- 2) posiadają decyzję Ministra Zdrowia – pozwolenie na prowadzenie działalności.

¹ Treść programu dostępna na stronie http://wloclawek.esesja.pl/rejestr_uchwal

IV. Zakres i wymagania dotyczące realizacji programu.

1. Program obejmuje dofinansowanie w wysokości do 7 000 zł (słownie: siedem tysięcy złotych) do następujących świadczeń:
 - 1) części klinicznej i biotechnologicznej procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego,
 - 2) części klinicznej i biotechnologicznej procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie (z wykorzystaniem żeńskich lub męskich komórek rozrodczych),
 - 3) części klinicznej procedury adopcji zarodka w ramach dawstwa innego niż partnerskie.
2. Dofinansowanie przysługuje do trzech procedur spośród wymienionych w pkt. 1.
3. Różnicę pomiędzy całkowitym kosztem procedury a dofinansowaniem ponoszą pacjenci.
4. Świadczenia będą udzielane po uzyskaniu pisemnego potwierdzenia dofinansowania procedury przez Gminę Miasto Włocławek².
5. Zakres działań w ramach programu obejmuje:
 - 1) działania informacyjno-edukacyjne,
 - 2) dokonywanie kwalifikacji medycznej pacjentów do programu,
 - 3) występowanie do Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego z wnioskiem o potwierdzenie dofinansowania świadczeń u par zakwalifikowanych do udziału w programie,
 - 4) przeprowadzenie procedury z wykorzystaniem zaawansowanych metod rozrodu wspomaganego medycznie, uzależnionej od sytuacji klinicznej pary uczestniczącej w programie,
 - 5) prowadzenie dokumentacji medycznej wymaganej przepisami prawa,
 - 6) dokumentacja realizacji programu,
 - 7) przeprowadzenie oceny satysfakcji uczestników programu w formie anonimowej ankiety³
 - 8) sporządzanie sprawozdań⁴ z realizacji programu i przekazywanie ich do Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek.
6. Wymagania stawiane realizatorowi programu:
 - 1) w zakresie prowadzonej działalności:
 - a) stosowanie aktualnych rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGP) oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIe) w zakresie diagnostyki i leczenia niepłodności,
 - b) respektowanie rekomendacji pacjenckich w leczeniu niepłodności Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji NASZ BOCIAN,
 - c) raportowanie wyników leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego i stosowania metod wspomaganego rozrodu do European Society for Human Reproduction and Embriology (ESHRE) w ramach programu European IVF Monitoring (EIM),
 - d) zapewnienie na czas realizacji Programu stałej współpracy z psychologiem posiadającym praktykę w dziedzinie psychologii leczenia niepłodności;
 - 2) w zakresie dostępności do świadczeń:
 - a) dostępność do świadczeń powinna być zapewniona od poniedziałku do piątku przez co najmniej 7 godzin dziennie z możliwością realizacji świadczeń w dni wolne od pracy (w trybie dyżuru) jeżeli sytuacja kliniczna będzie tego wymagała,
 - b) możliwość rejestracji osobistej oraz telefonicznej i elektronicznej,
 - c) całodobowy kontakt telefoniczny z personelem medycznym na wypadek powikłań pozabiegowych.

V. Okres realizacji programu:

1. Rozpoczęcie realizacji programu winno nastąpić w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy i trwać do 15 grudnia 2024 r.
2. Realizacja programu zostanie zakończona przed terminem wskazanym w ust. 1 z chwilą rozpoczęcia realizacji programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności obejmującego procedury wspomaganą

² wzór wniosku o dofinansowanie procedury stanowi załącznik Nr 7 do Zarządzenia Nr 34/2024 Prezydenta Miasta Włocławek z dnia 6 lutego 2024 r.

³ wzór ankiety stanowi załącznik Nr 8 do Zarządzenia Nr 34/2024 Prezydenta Miasta Włocławek z dnia 6 lutego 2024 r.

⁴ Wzory sprawozdania kwartalnego i końcowego z realizacji programu stanowią załączniki Nr 5 i 6 do Zarządzenia Nr 34/2024 Prezydenta Miasta Włocławek z dnia 6 lutego 2024 r.

prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe, o którym mowa w ustawie z dnia 29 listopada 2023 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2730) i finansowania z budżetu państwa świadczeń objętych niniejszym konkursem.

Szczegółowy termin realizacji zadania oraz sposób zakończenia realizacji w przypadku, o którym mowa w ust. 2 określi umowa zawarta pomiędzy Gminą Miasto Włocławek a oferentem/oferentami wybranymi w toku postępowania konkursowego.

VI. Wysokość środków publicznych planowanych na realizację programu:

Na realizację programu zaplanowano **315 000 zł brutto** (słownie: trzysta piętnaście tysięcy złotych).

Wysokość środków publicznych na realizację programu została określona na podstawie budżetu miasta na rok 2024 oraz wieloletniej prognozy finansowej.

VII. Zasady przyznawania środków publicznych na realizację programu:

1. W ramach otwartego konkursu ofert może zostać wybrana więcej niż jedna oferta na realizację programu.
2. Szczegółowe i ostateczne warunki realizacji, finansowania i rozliczania zadania określa umowa zawarta pomiędzy oferentem a Gminą Miasto Włocławek.
3. Złożenie oferty nie jest równoznaczne z przyznaniem środków oraz nie gwarantuje sfinansowania realizacji zadania w wysokości wnioskowanej przez oferenta.
4. W trakcie wykonywania zadania dopuszcza się możliwość zmniejszenia/zwiększenia zakresu rzeczowego w związku ze zgłoszonym zapotrzebowaniem na świadczenia u danego Realizatora.

VIII. Sposób przygotowania oferty:

1. Oferta powinna być sporządzona wg obowiązującego wzoru⁵.
2. Oferent wraz z ofertą składa wszystkie wymagane załączniki.
3. Formularz oferty oraz szczegółowe materiały informacyjne można otrzymać w Wydziale Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek, ul. Kościuszki 12, pokój nr 20, lub pobrać z Biuletynu Informacji Publicznej Urzędu Miasta Włocławek.
4. Oferta musi być podpisana i opieczetowana przez przedstawiciela(-li) oferenta upoważnionego(-ych) do reprezentowania oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu.
5. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie opisanej poprzez oznaczenie nazwy i adresu podmiotu oraz opatrzonej informacją: „oferta na konkurs na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok”.
6. Oferent może wprowadzić zmiany do oferty lub wycofać złożoną ofertę przed upływem terminu składania ofert.
7. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

IX. Dokumenty wymagane od oferentów.

1. Aktualny wydruk/odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument potwierdzający formę organizacyjną podmiotu.
2. Upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez oferenta.
3. Decyzja Ministra Zdrowia – pozwolenie na wykonywanie czynności ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji.
4. Decyzja Ministra Zdrowia – pozwolenie na wykonywanie czynności banku komórek rozrodczych i zarodków.
5. Kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu.

Kserokopie dokumentów powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta.

⁵ wzór oferty stanowi załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 34/2024 Prezydenta Miasta Włocławek z dnia 6 lutego 2024 r.

X. Tryb udzielania wyjaśnień w sprawach dotyczących konkursu.

1. Informacje dotyczące konkursu ofert udzielane będą w Wydziale Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek, tel. 054 414 43 87.
2. Oferent może wystąpić z pisemnym/mailowym zapytaniem dotyczącym warunków konkursu ofert. Wyjaśnienia udzielane będą niezwłocznie za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres wskazany w tym zapytaniu.
3. Termin przyjmowania zapytań upływa na 3 dni robocze przed terminem składania ofert.

XI. Miejsce i termin składania ofert.

1. Ofertę należy złożyć w Wydziale Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek, ul. Kościuszki 12, pokój nr 20, w godzinach urzędowania (poniedziałek, środa, czwartek w godz. 7.30-15.30, wtorek w godz. 7.30-17.00, piątek w godz. 7.30-14.00) lub nadesłać za pośrednictwem operatora pocztowego w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. Prawo pocztowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 1640 z późn. zm.). Decyduje data stempla pocztowego.
2. Ostateczny termin składania ofert upływa 21 lutego 2024 r.
3. Wszystkie oferty otrzymane po terminie zostaną odrzucone i zwrócone oferentom bez otwierania koperty.

XII. Termin związania ofertą.

Termin związania ofertą jest nie dłuższy niż 30 dni od upływu terminu składania ofert.

XIII. Otwarcie, ocena i wybór oferty.

1. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 23 lutego 2024 r. o godz. 9.00 w Wydziale Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek, ul. Kościuszki 12 – pokój nr 21.
2. Konkurs ofert składa się z dwóch etapów: oceny formalnej i oceny merytorycznej złożonych ofert.
3. W pierwszym etapie komisja konkursowa przeprowadza kolejno następujące czynności oceny formalnej:
 - 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
 - 2) otwiera koperty z ofertami,
 - 3) dokonuje oceny ofert pod względem formalnym,
 - 4) w przypadku wystąpienia braków, komisja wzywa oferenta, drogą mailową, do uzupełnienia oferty w terminie 3 dni roboczych. W przypadku nieuzupełnienia oferty, oferta podlega odrzuceniu przez komisję.
4. W drugim etapie komisja konkursowa dokonuje oceny merytorycznej ofert spełniających warunki formalne według następujących kryteriów:
 - 1) spełnienie wymagań stawianych realizatorowi programu, o których mowa w pkt. IV.6 ogłoszenia,
 - 2) zaoferowane warunki, w tym liczbę i kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń w ramach programu,
 - 3) deklarowaną dostępność do świadczeń,
 - 4) doświadczenia oferenta w leczeniu niepłodności z wykorzystaniem zaawansowanych technik rozrodu wspomaganego medycznie i realizacji samorządowych programów polityki zdrowotnej w tym zakresie.
5. W toku oceny ofert komisja konkursowa może:
 - 1) zwrócić się do oferentów o udzielenie wyjaśnień dotyczących treści merytorycznej złożonych ofert,
 - 2) poprawić w tekście oferty oczywiste omyłki pisarskie.
6. Komisja konkursowa po zakończeniu drugiego etapu konkursu ofert przedłoży Prezydentowi Miasta Włocławek rekomendacje co do wyboru oferty/ofert wraz z propozycją wysokości środków na realizację programu.
7. Rozstrzygnięcia konkursu dokona Prezydent Miasta Włocławek w formie zarządzenia, na podstawie protokołu z przebiegu konkursu sporządzonego przez komisję konkursową, w ciągu 14 dni od upływu terminu składania ofert.
8. Komisja konkursowa niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie oraz zamieszcza informację na tablicy ogłoszeń w siedzibie oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Włocławek.
9. Do decyzji Prezydenta Miasta Włocławek w sprawie wyboru oferty/ofert nie stosuje się trybu odwoławczego.

XIV. Zawarcie umowy.

1. Umowy z oferentami wybranymi w toku postępowania konkursowego zostaną zawarte w terminie 10 dni roboczych od daty publikacji zarządzenia Prezydenta Miasta Włocławek o rozstrzygnięciu konkursu w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Włocławek⁶.
2. W przypadku wyłonieniu kilku realizatorów programu przyznane środki finansowe mogą być niższe niż wnioskowane w ofercie. Warunkiem zawarcia umowy z oferentem będzie złożenie zaktualizowanego zakresu rzeczowego i kosztorysu⁷.

XV. Postanowienia końcowe.

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed terminem składania ofert, udzielający zamówienia może zmienić lub zmodyfikować wymagania i treść dokumentów konkursowych, o czym niezwłocznie informuje oferentów oraz umieszcza informację w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Włocławek.
2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do:
 - 1) odwołania konkursu ofert bez podania przyczyny,
 - 2) przesunięcia terminu składania i otwarcia ofert oraz przesunięcia terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyny,
 - 3) zawieszenia realizacji programu w przypadku braku możliwości finansowania lub w związku z ograniczeniami spowodowanymi aktualną sytuacją epidemiologiczną,
 - 4) zakończenia realizacji programu polityki zdrowotnej, gdy świadczenia będą refundowane ze środków publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.).
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi szczegółowymi warunkami konkursu mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego.

PREZYDENT MIASTA

dr Marek Wojtkowski

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych.

Zgodnie z art.13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L.119.1) w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE) Prezydent Miasta Włocławek informuje, że:

- 1) administratorem danych osobowych zawartych w ofercie konkursowej jest Gmina Miasto Włocławek, reprezentowana przez Prezydenta Miasta Włocławek, z siedzibą we Włocławku, Zielony Rynek 11/13,
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Urzędzie Miasta Włocławek możliwy jest pod numerem tel. /54/ 414-42-69 lub adresem e-mail: iod@um.wloclawek.pl
- 3) dane osobowe zawarte w ofercie konkursowej przetwarzane będą w celu prawidłowego przeprowadzenia otwartego konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek” w 2024 roku,
- 4) dane osobowe zawarte w ofercie konkursowej będą przekazywane wyłącznie podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
- 5) dane osobowe zawarte w ofercie konkursowej będą przetwarzane przez okres 10 lat,
- 6) osoby, których podane dane osobowe dotyczą, posiadają prawo do:
 - a) żądania od administratora dostępu do danych osobowych,
 - b) sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - c) do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,
 - d) przenoszenia danych,
 - e) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że dane osobowe zawarte w ofercie konkursowej przetwarzane przez administratora niezgodnie z ogólnym Rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dn. 27 kwietnia 2016 r.,
- 7) dane osobowe zawarte w ofercie konkursowej mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały profilowaniu.

⁶ ramowy wzór umowy stanowi załącznik Nr 4 do Zarządzenia Nr 34/2024 Prezydenta Miasta Włocławek z dnia 6 lutego 2024 r.

⁷ wzór zaktualizowanego zakresu rzeczowego i kosztorysu stanowi załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr 34/2024 Prezydenta Miasta Włocławek z dnia 6 lutego 2024 r.

Załącznik nr 2

do Zarządzenia Nr 34/2024

Prezydenta Miasta Wrocław

z dnia 6 lutego 2024r.

.....
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....
(miejscowość, data)

OFERTA

program polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Wrocław w 2024 roku”

I. Dane dotyczące Oferenta

1. Pełna nazwa Oferenta:

2. Siedziba Oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru) - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, e-mail:

3. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i organ prowadzący rejestr:

4. Nr identyfikacyjny NIP:

5. Nr identyfikacyjny Regon:

6. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta:

7. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty:

8. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

9. Personel udzielający świadczeń i podejmujący działania w ramach programu:

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie: tytuł naukowy lub stopień naukowy	Kompetencje i doświadczenie zawodowe w wykonywaniu zadań będących przedmiotem konkursu	Zakres obowiązków w ramach realizacji programu

10. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu (nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki, krótki opis warunków lokalowych i wyposażenia):

--

11. Doświadczenie Oferenta):

1)	w realizacji procedur zapłodnienia pozaustrojowego (w tym skuteczność przeprowadzonych procedur)	
2)	w realizacji programów polityki zdrowotnej we współpracy z administracją publiczną	

12. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty (np. rekomendacje, certyfikaty):

--

II. Informacje o programie

1. Planowane działania informacyjne:

--

2. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych (dni i godziny pracy, sposób rejestracji uczestników programu, sposoby podania ww. informacji do wiadomości osobom uprawnionym do udziału w programie):

--

3. Harmonogram programu (terminy realizacji poszczególnych działań):

1. Uczestnicy programu (deklarowana liczba par, organizacja naboru do programu):

2. Liczba osób zamieszkujących we Włocławku, którym Oferent aktualnie udziela świadczeń w zakresie określonym w programie:

III. Plan finansowy – preliminarz kosztów

1. Kosztorys:

Lp.	Świadczenie	Liczba pacjentek	Koszty realizacji			
			Koszt jednostkowy procedury (w zł)	Wnioskowane dofinansowanie do procedury* (w zł)	Koszt całkowity (w zł)	Wysokość wnioskowanego dofinansowania (w zł)
1	2	3	4	5	6 (3x4)	7 (3x5)
1.	Leczenie niepłodności – procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego					
2.	Leczenie niepłodności – procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie					
3.	Leczenie niepłodności – procedura dawstwa zarodka w ramach dawstwa innego niż partnerskie (w tym koszty przechowywania, przetwarzania, dystrybucji, zastosowania zarodka uzyskanego od dawców)					
Ogółem - kwota brutto w zł:						
słownie:						

* maksymalne dofinansowanie do 1 procedury wynosi 7 000 zł

2. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

IV. Oświadczenia Oferenta:

Oferent oświadcza, że:

- informacje o kwalifikacjach osób wskazanych w ofercie, które będą udzielały świadczeń w związku z realizacją programu, są zgodne z wymaganiami obowiązujących przepisów i aktualnym stanem faktycznym w zakresie posiadanych uprawnień, kwalifikacji i doświadczenia zawodowego,

Załącznik nr 3

do Zarządzenia Nr 34/2024

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 6 lutego 2024 r.

ZAKTUALIZOWANY ZAKRES RZECZOWY I KOSZTORYS

program polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok”

1. Pełna nazwa Oferenta:

2. Uczestnicy programu (liczba par):

1. Kosztorys:

Lp.	Świadczenie	Liczba pacjentek	Koszty realizacji			
			Koszt jednostkowy procedury (w zł)	Wnioskowane dofinansowanie do procedury* (w zł)	Koszt całkowity (w zł)	Wysokość wnioskowanego dofinansowania (w zł)
1	2	3	4	5	6 (3x4)	7 (3x5)
1.	Leczenie niepłodności – procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego					
2.	Leczenie niepłodności – procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie					
3.	Leczenie niepłodności – procedura dawstwa zarodka w ramach dawstwa innego niż partnerskie (w tym koszty przechowywania, przetwarzania, dystrybucji, zastosowania zarodka uzyskanego od dawców)					
Ogółem - kwota brutto w zł:						
słownie:						

* maksymalne dofinansowanie do 1 procedury wynosi 7 000 zł

.....
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania Oferenta

- 2) zapewnia właściwy sprzęt medyczny niezbędny do prawidłowej realizacji programu,
- 3) stosuje standardy zgodne z aktualnymi rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGP) oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE) w zakresie diagnostyki i leczenia niepłodności,
- 4) respektuje rekomendacje pacjenckie w leczeniu niepłodności Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji NASZ BOCIAN,
- 5) realizuje Europejski Program Monitoringu Wyników Leczenia Metodami Zapłodnienia Pozaustrojowego - European IVF Monitoring (EIM),
- 6) posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie w zakresie zapewnienia realizacji wymagań dla osób ze szczególnymi potrzebami,
- 7) świadczenia wykonywane w ramach programu polityki zdrowotnej nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami.
- 8) zapoznał się z treścią „Programu wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok” stanowiącego załącznik do Uchwały Nr LXXII/6/2024 Rady Miasta Włocławek z dnia 30 stycznia 2024 r.,
- 9) zapoznał się z treścią ogłoszenia Prezydenta Miasta Włocławek,
- 10) zapoznał się z wzorem i zaakceptował warunki umowy,
- 11) wszystkie podane w ofercie informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

.....
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania oferenta

Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty:

- 1) aktualny wydruk/odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument potwierdzający formę organizacyjną podmiotu,
- 2) upoważnienie do podpisania oferty, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez Oferenta,
- 3) kopie decyzji Ministra Zdrowia - pozwolenie na prowadzenie ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji, oraz pozwolenie na wykonywanie czynności banku komórek rozrodczych i zarodków.
- 4) kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji programu,

Pouczenie:

- 1) Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól.
- 2) Kserokopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.

Załącznik nr 4

do Zarządzenia Nr 34/2024

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 6 lutego 2024 r.

Ramowy wzór umowy na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok”

UMOWA NR

zawarta w dniu we Włocławku pomiędzy Gminą Miasto Włocławek z siedzibą we Włocławku, Zielony Rynek 11/13, zwaną dalej **Zamawiającym**, reprezentowaną przez **Prezydenta Miasta Włocławek** oraz za kontrasygnatą **Skarbnika Miasta**

a z siedzibą w

(numer wpisu do rejestru, nazwa organu prowadzącego rejestr)

zwanym dalej **Świadczeniodawcą**, w imieniu którego działają:

...

w rezultacie dokonania przez Zamawiającego wyboru oferty Świadczeniodawcy w drodze konkursu ofert, przeprowadzonego na podstawie art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.), strony zawierają umowę o treści następującej:

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest realizacja w 2024 r. programu polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok” zwanego dalej programem.
2. Zakres, zasady organizacji programu, w tym działań informacyjnych oraz świadczeń zdrowotnych określone zostały w Uchwale Nr LXXII/6/2024 Rady Miasta Włocławek z dnia 30 stycznia 2024 r., ofercie Świadczeniodawcy oraz zaktualizowanym zakresie rzeczowym i kosztorysie stanowiących odpowiednio załączniki nr 1, 2 i 3 do niniejszej umowy.
3. W ramach realizacji programu Zamawiający zleca, a Świadczeniodawca zobowiązuje się do:
 - 1) przeprowadzenia kwalifikacji medycznej pary i wykonania wymaganych ustawowo badań,
 - 2) przekazywania wniosków o dofinansowanie świadczeń zdrowotnych w ramach programu,
 - 3) udzielania świadczeń zdrowotnych parom zakwalifikowanym do dofinansowania przez Zamawiającego w ramach następujących procedur:
 - a) zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet pary (dawstwo partnerskie) lub z wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie)
 - b) zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem żeńskich komórek rozrodczych od anonimowej dawczyni (dawstwo inne niż partnerskie)
 - c) adopcji zarodka (dawstwo inne niż partnerskie),
 - 4) dokumentowania realizacji programu,
 - 5) przeprowadzenia działań informacyjnych,
 - 6) przeprowadzenie oceny satysfakcji uczestnika programu w formie anonimowej ankiety (wzór ankiety stanowi załącznik nr 5 do niniejszej umowy)
 - 7) sporządzania sprawozdań z realizacji programu i przekazywania ich do Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek.

4. Podstawą uczestnictwa par w programie jest kwalifikacja medyczna zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności oraz postępowanie kwalifikujące do dofinansowania świadczeń zgodnie z kryteriami włączenia do programu, o którym mowa w ust. 2.
5. Świadczeniodawca jest odpowiedzialny za sporządzenie wniosku o dofinansowanie świadczeń zdrowotnych według wzoru określonego w załączniku nr 4 do umowy i dokonanie kwalifikacji medycznej uczestników programu.
6. Wnioski, o których mowa w ust. 5 powinny być składane przez Świadczeniodawcę w Urzędzie Miasta we Włocławku, Zielony Rynek 11/13 w zamkniętej kopercie opisanej „korespondencja dla Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego” oraz „NIE OTWIERAĆ – wnioski do Programu wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek”.

§ 2

1. Realizacja programu rozpocznie się w ciągu 7 dni od zawarcia umowy, a zakończona będzie do dnia 15 grudnia 2024 r., z zastrzeżeniem ust. 5.
2. Świadczeniodawca, z zastrzeżeniem ust. 5, w ramach przyznanych środków powinien wykonać nie mniej niż świadczeń zdrowotnych, o których mowa w programie.
3. Program będzie realizowany w następujących placówkach Świadczeniodawcy:
.....
4. Informacja obejmująca: zakres i sposób udzielania świadczeń zdrowotnych, dni i godziny w jakich świadczenia są udzielane, zasady wpisu na listę osób objętych świadczeniami, sposób rejestracji zostanie podana do wiadomości publicznej poprzez ...
5. Realizacja programu zostanie zakończona, w trybie § 17 niniejszej umowy, przed terminem wskazanym w ust. 1 z chwilą rozpoczęcia realizacji programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności obejmującego procedury wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe, o którym mowa w ustawie z dnia 29 listopada 2023 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2730) i finansowania świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 3 z budżetu państwa.

§ 3

1. Świadczeniodawca oświadcza, że osoby uczestniczące w realizacji programu w ramach niniejszej umowy posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia określone przez Zamawiającego oraz wynikające z odrębnych przepisów.
2. O każdej zmianie w imiennym wykazie osób zamieszczonym w ofercie, Świadczeniodawca informuje pisemnie Zamawiającego w terminie do 14 dni od daty dokonania tych zmian. Świadczeniodawca zobowiązuje się, że ewentualne zmiany osób udzielających świadczeń zdrowotnych nie spowodują zmniejszenia liczby i obniżenia kwalifikacji zawodowych personelu, zagwarantowanych przez Świadczeniodawcę w ofercie.
3. Świadczeniodawca oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych umową.
4. Świadczeniodawca oświadcza, że w przypadku, gdy termin obowiązywania polisy, o której mowa w ust. 3 jest krótszy niż termin obowiązywania umowy, przedłuży okres ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, co najmniej do końca obowiązywania umowy.
5. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia.

§ 4

Świadczeniodawca zabezpieczy dostęp do sprzętu i aparatury medycznej niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych w ramach programu i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach.

§ 5

1. Z tytułu przedmiotu umowy określonego w § 1 Zamawiający wypłaci Świadczeniodawcy wynagrodzenie w łącznej wysokości do kwoty zł brutto (słownie złotych:), według następujących stawek:

- 1) do 7 000 zł (siedem tysięcy złotych) dofinansowania do części klinicznej i biotechnologicznej jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego;
- 2) do 7 000 zł (siedem tysięcy złotych) dofinansowania do części klinicznej i biotechnologicznej jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie;
- 3) do 7 000 zł (siedem tysięcy złotych) do części klinicznej jednej procedury dawstwa (adopcji) zarodka w ramach dawstwa innego niż partnerskie (z uwzględnieniem kosztów przechowywania, przetwarzania, dystrybucji i zastosowania zarodka od dawców).
2. Jeżeli procedury realizowane w ramach świadczeń, o których mowa w §1 ust. 3 pkt. 3 zakończą się z przyczyn medycznych na wcześniejszym etapie, to dofinansowanie obejmuje przeprowadzone do tego etapu elementy w wysokości do 7 000 zł (siedem tysięcy złotych).
3. W przypadku rezygnacji pary z programu z przyczyn niemedycznych dofinansowanie, o którym mowa w ust 1 i ust. 2 pkt. 1-3 nie przysługuje.
4. W przypadku zagrożenia niewykonania programu, Świadczeniodawca zobowiązuje się do poinformowania o tym Zamawiającego w terminie do 30 września.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4 strony dopuszczają podpisanie aneksu zmniejszającego wartość umowy.
6. Świadczenia objęte Programem, udzielone na podstawie wniosków, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt. 2 po terminie, o którym mowa w § 2 ust. 5 zostaną zrefundowane przez Zamawiającego w przypadku nie objęcia finansowaniem ze środków programu, o którym mowa w § 2 ust. 5.

§ 6

1. Strony ustalają, że rozliczenie programu będzie następowało na podstawie faktur częściowych w okresach miesięcznych.
2. Wynagrodzenie za dany okres miesięczny obliczane jest jako suma iloczynu stawek wymienionych w § 5 i liczby świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt. 3 zrealizowanych w tym okresie.
3. Podstawę do przekazania środków stanowić będzie prawidłowo sporządzona faktura VAT wystawiona przez Świadczeniodawcę w terminie do 14 dnia następnego miesiąca na Gminę Miasto Włocławek, 87-800 Włocławek, Zielony Rynek 11/13, NIP: 888-30-31-255, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Fakturę VAT za realizację programu w IV kwartale 2024 r. Świadczeniodawca przedłoży do 16 grudnia 2024 r.
5. Świadczeniodawca wraz z fakturą przedkłada sprawozdanie miesięczne sporządzone na formularzu wg wzoru określonego w załączniku nr 6 do umowy oraz ankiety, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt. 6.
6. Zamawiający zobowiązuje się do zapłaty faktur w terminie 14 dni od daty dostarczenia przez Świadczeniodawcę faktur częściowych, sprawozdania i ankiet, o których mowa w ust. 3 i 6, na konto
7. Zamawiający dopuszcza możliwość pokrywania należności odrębnie za każdą zakończoną procedurę. Warunkiem zapłaty jest przedłożenie przez Świadczeniodawcę faktury, sprawozdania, o którym mowa w ust. 6 oraz ankiety, o której mowa w § 1 ust. 3 pkt. 6.

§ 7

1. Świadczeniodawca przedłoży Zamawiającemu sprawozdanie końcowe z realizacji programu, za cały okres obowiązywania umowy, w terminie do 31 grudnia 2024 r. z zastrzeżeniem ust. 2
2. W przypadku, o którym mowa w § 2 ust. 5 niniejszej umowy, Świadczeniodawca przedłoży Zamawiającemu sprawozdanie końcowe w terminie 30 dni od zakończenia realizacji Programu.
3. Sprawozdanie winno być sporządzone na formularzu wg wzoru określonego w załączniku nr 7 do umowy.
4. Do sprawozdania, o którym mowa w ust 1. Świadczeniodawca zobowiązany jest dołączyć:
 - 1) kopie informacji, ogłoszeń itp. mogących stanowić potwierdzenie wywiązania się z obowiązków informacyjnych, o których mowa w § 8 pkt. 6.
 - 2) inne dokumenty mogące mieć znaczenie dla oceny prawidłowości realizacji umowy.
5. Na żądanie Zamawiającego Świadczeniodawca zobowiązany jest do przekazywania dodatkowych informacji dotyczących realizacji umowy.
6. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wykorzystywania informacji i sprawozdania merytorycznego, o których mowa odpowiednio w § 6 ust. 4 i § 7 ust. 1 do własnych opracowań.

§ 8

Świadczeniodawca zobowiązuje się do:

- 1) uwzględniania w podejmowanych działaniach aktualnych rekomendacji Ministra Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego dot. udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 2) prowadzenia dokumentacji medycznej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie,
- 3) prowadzenia sprawozdawczości statystycznej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie,
- 4) zapewnienia realizacji programu z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240) w zakresie:
 - a) dostępności cyfrowej – wymagania określone w ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1440),
 - b) dostępności informacyjno-komunikacyjnej,
 - c) dostępności architektonicznej.
- 5) przestrzegania zasad przetwarzania i ochrony danych osobowych zgodnie z przepisami Rozporządzenia 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego wobec osób, których dane przetwarza,
- 6) podania do publicznej wiadomości informacji dotyczących:
 - a) zakresu i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - b) dni i godzin w jakich świadczenia są udzielane,
 - c) zasad kwalifikacji do programu,
 - d) sposobu rejestracji.
- 7) informowania, we wszystkich materiałach, publikacjach, informacjach dla mediów, ogłoszeniach oraz wystąpieniach publicznych dotyczących przedmiotu umowy, że udzielane świadczenia zdrowotne są dofinansowane w ramach „Programu wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta przez gminę miasto Włocławek,
- 8) przekazywania do akceptacji Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego materiałów informacyjno-edukacyjnych dotyczących programu przed ich wykorzystaniem.

§ 9

Świadczeniodawca nie może uwzględniać świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach niniejszej umowy w rozliczeniach z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.

§ 10

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykonania przedmiotu umowy w każdym czasie przy udziale Świadczeniodawcy.
2. Świadczeniodawca zobowiązuje się do przedłożenia wszelkich niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i okazania pomocy upoważnionym przedstawicielom Zamawiającego podczas i w związku z przeprowadzaną przez nich kontrolą.
3. W przypadku zaistnienia nieprawidłowości strony dokonują ustaleń w zakresie ich przyczyn, możliwości wyeliminowania oraz sposobów zapobiegania im w przyszłości.
4. Świadczeniodawca zobowiązuje się wykonać wszelkie zalecenia pokontrolne, pod rygorem, o którym mowa w § 12.

§ 11

1. Strony postanawiają, że w razie niewykonywania niniejszej umowy obowiązującą formą odszkodowania będą kary umowne:
 - 1) Świadczeniodawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu karę umowną z tytułu odstąpienia od umowy z przyczyn zależnych od Świadczeniodawcy w wysokości 3 % wartości umowy o której mowa w § 5,

- 2) Zamawiający zobowiązuje się zapłacić Świadczeniodawcy karę umowną w wysokości 3 % wartości umowy o której mowa w § 5 w razie odstąpienia przez Zamawiającego od umowy z powodu okoliczności, za które odpowiada Zamawiający.
2. Strony zastrzegają sobie prawo dochodzenia roszczeń uzupełniających do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
3. Zobowiązania z tytułu kar umownych mogą być potrącane Świadczeniodawcy z należności za wykonane usługi.

§ 12

1. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron za dwutygodniowym okresem wypowiedzenia, dokonany na koniec tygodnia, z powodu:
 - 1) wystąpienia okoliczności uniemożliwiających realizację niniejszej umowy, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności,
 - 2) naruszenia istotnych postanowień niniejszej umowy, a w szczególności:
 - a) odmowy poddania się kontroli przez Świadczeniodawcę,
 - b) nie doprowadzenia przez Świadczeniodawcę do usunięcia nieprawidłowości stwierdzonych w czasie kontroli,
 - c) naruszenia przez Świadczeniodawcę postanowień § 8 umowy,
 - d) niewypłacania lub nieterminowego wypłacania należności przez Zamawiającego.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt 2) wypowiedzenie umowy powinno być dokonane łącznie z pisemnym wezwaniem do usunięcia uchybień w terminie nie krótszym niż 14 dni, skierowanym do strony winnej wystąpienia uchybień. Wypowiedzenie staje się skuteczne w razie nieusunięcia uchybień w określonym terminie.

§ 13

1. Umowa może być rozwiązana przez Zamawiającego ze skutkiem natychmiastowym w przypadku:
 - 1) stwierdzenia braku wymaganych kwalifikacji u osób uczestniczących w realizacji programu, o których mowa w § 3 ust. 1,
 - 2) utraty przez Świadczeniodawcę uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 3) stwierdzenia rozliczania świadczeń udzielanych w ramach programu, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt. 3 z innymi podmiotami,
 - 4) gdy Świadczeniodawca nie udokumentuje zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. a)/ art. 18 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.) w przypadku, o którym mowa w § 3 ust. 4,
2. W przypadku rozwiązania umowy z przyczyn, o których mowa w ust. 1 ustala się karę umowną, o której mowa w § 11 ust 1 pkt 1).

§ 14

Do wzajemnych kontaktów strony ustalają:

- 1) Po stronie Zamawiającego: Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Włocławek, nr tel. 54 414 43 87
- 2) Po stronie Świadczeniodawcy:....., nr tel.

§ 15

1. Świadczeniodawca nie może przenieść na osoby trzecie swoich praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy bez uzyskania pisemnej zgody Zamawiającego.
2. Świadczeniodawcy nie przysługuje prawo przeniesienia na osoby trzecie wierzytelności z umowy.

§ 16

Strony będą dążyć do rozstrzygania wszelkich sporów związanych z niniejszą umową na drodze polubownej. W razie gdyby polubowne rozwiązanie sporu okazało się niemożliwe zostanie on poddany rozstrzygnięciu przez sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.

§ 17

1. Zmiana postanowień zawartej umowy może nastąpić za zgodą obu stron wyrażoną na piśmie pod rygorem nieważności takiej zmiany.
2. Niedopuszczalna jest jednak, pod rygorem nieważności, zmiana postanowień zawartej umowy oraz wprowadzenie nowych postanowień do umowy niekorzystnych dla Zamawiającego, jeżeli przy ich uwzględnieniu należałoby zmienić treść oferty, na podstawie której dokonano wyboru Świadczeniodawcy chyba, że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

§ 18

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego i merytoryczne dotyczące przedmiotu umowy.

§ 19

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz dla Świadczeniodawcy, dwa egzemplarze dla Zamawiającego.

ZAMAWIAJĄCY

ŚWIADCZENIODAWCA

Załączniki:

Nr 1 - Uchwała Nr LXXII/6/2024 Rady Miasta Włocławek z dnia 30 stycznia 2024 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok”

Nr 2 – oferta

Nr 3 – zaktualizowany zakres rzeczowy i kosztorys

Nr 4 – wzór wniosku o dofinansowanie świadczeń

Nr 5 - wzór ankiety satysfakcji uczestnika programu

Nr 6 - wzór sprawozdania miesięcznego

Nr 7 - wzór sprawozdania końcowego.

Załącznik Nr 5

do Zarządzenia Nr 34/2024

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 6 lutego 2024 r.

.....
(pieczęćka firmowa)

.....
(miejscowość, data)

SPRAWOZDANIE MIESIĘCZNE

„Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok”

1. Okres realizacji programu (miesiąc):

--

2. Działania informacyjne:

(wykaz działań)

Łączna liczba osób objętych działaniami:	
--	--

3. Udzielanie świadczeń:

- Liczba dokonanych kwalifikacji do programu	
- Liczba wykonanych procedur zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego	
- Liczba wykonanych procedur zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie	
- Liczba wykonanych procedur adopcji zarodka	

4. Uczestnicy programu:

Lp.	Imiona i nazwiska osób, które uzyskały wsparcie leczenia w ramach programu	Data przeprowadzenia procedury	Uwagi

5. Ocena satysfakcji uczestnika programu:

Liczba ankiet wypełnionych przez uczestników programu załączonych do sprawozdania:

--

.....
pieczęćka i podpis

Załącznik Nr 6

do Zarządzenia Nr 34/2024

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 6 lutego 2024 r.

.....
(pieczęćka firmowa)

.....
(miejscowość, data)

SPRAWOZDANIE KOŃCOWE

"Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok"

I. Informacje ogólne

1. Czy program polityki zdrowotnej był realizowany zgodnie z umową zawartą pomiędzy Gminą Miasto Włocławek, a Realizatorem?
TAK ☐ NIE ☐
2. Czy w realizacji programu uczestniczyły osoby wskazane w ofercie lub zgłoszone w trybie wskazanym umową?
TAK ☐ NIE ☐

II. Informacje o programie

1. Okres realizacji świadczeń:

2. Zrealizowane działania informacyjne:

3. Narzędzia monitorowania zastosowane do bieżącej kontroli realizacji programu:

4. Wyniki realizacji programu:

- Liczba osób objętych działaniami informacyjnymi	
- Liczba dokonanych kwalifikacji do programu	
- Liczba wykonanych procedur zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego	
- Liczba wykonanych procedur zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie	
- Liczba wykonanych procedur adopcji zarodka	
- Liczba ciąż	
- Liczba kriokonserwowanych zarodków, które nie zostały transferowane w cyklu leczenia par w ramach programu	
- Liczba rezygnacji z programu z przyczyn medycznych	
- Liczba rezygnacji z programu z przyczyn niemedycznych	
- Liczba osób uczestniczących w badaniach satysfakcji uczestnika programu	

5. Wnioski z realizacji programu:

III. Rozliczenie finansowe programu:

1. Koszt realizacji programu zgodnie z zawartą umową:	
2. Kwota wydatkowana na realizację programu:	
3. Wysokość kwoty, która nie została wykorzystana w programie: nie wykorzystano z powodu (uzasadnienie):	

IV. Dodatkowe informacje

.....

.....

V. Załączniki:

– np. materiały informacyjne wykorzystywane w programie, informacje prasowe, publikacje i in.

1.
2.
3.

.....

podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania Realizatora programu

Załącznik nr 7

do Zarządzenia Nr

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 34/2024
6 lutego 2024 r.

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ
w ramach „Programu wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego
in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok”

I. ADRESAT

Adresat:	Urząd Miasta Włocławek Zielony Rynek 11/13, 87-800 Włocławek Tel. 54 414 43 87, e-mail: zdrowie@um.wloclawek.pl
Data wpływu wniosku*:	
Numer wniosku*:	

* wypełnia adresat

Uwaga:

Wniosek składany jest przez Realizatora w zamkniętej kopercie z adnotacją: „korespondencja dla Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Publicznego” oraz „NIE OTWIERAĆ – wnioski do Programu wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek”.

II. WNIOSKODAWCA

DANE WNIOSKODAWCÓW			
Imię i Nazwisko	Data urodzenia	Miejsce zamieszkania (adres)	Telefon kontaktowy
Imię i Nazwisko	Data urodzenia	Miejsce zamieszkania (adres)	Telefon kontaktowy

ZAKRES PROGRAMU
Program zapewnia możliwość skorzystania z procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro parom, u których stwierdzono niepłodność, a inne możliwości terapeutyczne nie istnieją lub zostały wykorzystane. Dofinansowanie w wysokości 7 000 zł mogą uzyskać pary spełniające następujące warunki: 1) wiek kobiet w dniu pierwszej wizyty u realizatora mieści się w przedziale 25 - 40 lat (według rocznika urodzenia); 2) pozostają w związku małżeńskim lub partnerskim (tj. we wspólnym pożyciu potwierdzonym zgodnym oświadczeniem); 3) mieszkają we Włocławku od co najmniej 12 miesięcy do chwili zgłoszenia się do programu i rozliczyły podatek dochodowy za poprzedni rok w Urzędzie Skarbowym we Włocławku; 4) spełniają ustawowe warunki podjęcia leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego i zostały zakwalifikowane do tego leczenia przez Realizatora programu; 5) wyraziły zgodę na samodzielne pokrycie kosztów przechowywania kriokonserwowanych zarodków oraz ich ewentualnych kriotransferów. Program został przyjęty uchwałą Rady Miasta Włocławek Nr LXXII/6/2024 z dnia 30 stycznia 2024 r. Pełna treść programu jest udostępniona na stronie: http://wloclawek.esesja.pl/rejestr_uchwal oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Włocławek https://bip.um.wlocl.pl/

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCÓW

Zgłaszając swój udział w programie polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców Włocławka na 2024 rok” przyjętym uchwałą Rady Miasta Włocławek Nr LXXII/6/2024 z dnia 30 stycznia 2024 r.

Ja niżej podpisana

Ja niżej podpisany

Oświadczmy, że:

- ☐ zapoznaliśmy się z informacją na temat zakresu programu i warunków uczestnictwa w programie, kryteriami kwalifikacji do programu oraz prawem do rezygnacji z programu, łącznie z jej warunkami
- ☐ pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim
- ☐ zamieszkujemy na terenie Włocławka w rozumieniu Kodeksu cywilnego co najmniej 12 miesięcy do dnia złożenia wniosku
uwaga: w przypadku braku pozytywnej weryfikacji miejsca zamieszkania na terenie Włocławka (na podstawie ewidencji mieszkańców Urzędu Miasta) wnioskodawcy zostaną zobligowani do przedłożenia dokumentu potwierdzającego ten fakt.
- ☐ podatek dochodowy za poprzedni rok rozliczyliśmy w Urzędzie Skarbowym we Włocławku
uwaga: do wniosku należy dołączyć kserokopie pierwszych stron zeznań podatkowych opatrzonech prezentatą Urzędu Skarbowego we Włocławku lub zaświadczenie z tego urzędu potwierdzającego złożenie zeznania lub kserokopie urzędowego poświadczenia odbioru wydanego przez elektroniczną skrzynkę podawczą systemu teleinformatycznego administracji podatkowej (UPO) wraz z pierwszą stroną PIT i wygenerowanym numerem dokumentu zgodnym z identyfikatorem dokumentu UPO.
- ☐ wyrażamy zgodę na samodzielne pokrycie kosztów przechowywania kriokonserwowanych zarodków oraz ich ewentualnych kriotransferów.

data

(podpis)

(podpis)

INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Przystąpienie do udziału w programie polityki zdrowotnej Gminy Miasto Włocławek pn. „Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców Miasta Włocławek” wiąże się z wyrażeniem zgody na przetwarzanie przez Administratora danych osobowych uczestników zawartych w niniejszym wniosku o dofinansowanie procedury. Dane te będą przetwarzane wyłącznie w celu rozpatrzenia wniosku oraz zweryfikowania uprawnień kwalifikujących do programu.

- 1) Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku jest Gmina Miasto Włocławek, reprezentowana przez Prezydenta Miasta Włocławek, z siedzibą we Włocławku, Zielony Rynek 11/13, 87-800 Włocławek
 - 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Urzędzie Miasta Włocławek możliwy jest pod numerem tel. /54/ 414-42-69 lub adresem e-mail: iod@um.wloclawek.pl
 - 3) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie procedury zapłodnienia pozaustrojowego in vitro w ramach programu,
 - 4) Dane osobowe po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przechowywane przez czas określony w przepisach dotyczących archiwizacji dokumentów (obecnie obowiązujący okres wynosi 10 lat)
 - 5) Odbiorcami danych osobowych mogą być wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
 - 6) Osoby, których podane dane osobowe dotyczą, posiadają prawo do:
 - a) żądania dostępu do danych osobowych,
 - b) sprostowania, usunięcia danych lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - c) do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,
 - d) przenoszenia danych,
 - e) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że dane osobowe zawarte we wniosku są przetwarzane przez administratora niezgodnie z ogólnym Rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dn. 27 kwietnia 2016 r.,
 - 7) Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały profilowaniu.
- Informacje związane z ochroną danych osobowych zostały udostępnione w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Miasta Włocławek – <https://bip.um.wlocl.pl/polityka-prywatnosci/>

Ja niżej podpisana

Ja niżej podpisany

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie przez Administratora – Prezydenta Miasta Włocławek danych zawartych w niniejszym wniosku o dofinansowanie procedury zapłodnienia pozaustrojowego, które będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku oraz zweryfikowania uprawnień kwalifikujących do programu.

data

(podpis)

(podpis)

III. REALIZATOR PROGRAMU

DANE REALIZATORA PROGRAMU	
Dane Realizatora (pieczęćka firmowa):	
Numer umowy:	

KWALIFIKACJA MEDYCZNA	
☐	Wnioskodawcy ubiegający się o dofinansowanie przeszli kwalifikację medyczną i spełniają ustawowe warunki podjęcia leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro, w związku z tym zostali zakwalifikowani do programu
☐	Wnioskodawcy ubiegający się o dofinansowanie nie przeszli kwalifikacji medycznej lub/i nie spełniają ustawowych warunków podjęcia leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro, w związku z tym nie zostali zakwalifikowani do programu.
data	 (podpis i pieczęćka Realizatora)

IV. ORGANIZATOR PROGRAMU

OCENA FORMALNA WNIOSKU		
1. Wniosek został wypełniony poprawnie oraz zawiera informacje i oświadczenia umożliwiające jego rozpatrzenie.	TAK	NIE
2. Wiek kobiety mieści się w przedziale 25 - 40 lat (według rocznika urodzenia)	TAK	NIE
3. Wnioskodawcy pozostają w związku małżeńskim lub partnerskim	TAK	NIE
4. Wnioskodawcy zamieszkują na terenie miasta Włocławek	TAK	NIE
5. Wnioskodawcy rozliczyli podatek za 2023 rok w Urzędzie Skarbowym we Włocławku	TAK	NIE
6. Wnioskodawcy wyrazili zgodę na samodzielne pokrycie kosztów przechowywania kriokonserwowanych zarodków oraz ich ewentualnych kriotransferów.	TAK	NIE
7. Wnioskodawcy przeszli kwalifikację medyczną i spełniają ustawowe warunki podjęcia leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro	TAK	NIE

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU	
☐	Wnioskodawcy spełniają kryteria włączenia do „Programu wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok” i otrzymania dofinansowania do świadczeń.
☐	Wnioskodawcy nie spełniają kryteriów włączenia do „Programu wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok” i otrzymania dofinansowania do świadczeń.
data	 (podpis i pieczęćka)

KWALIFIKACJA DO DOFINANSOWANIA	
☐	Wniosek został zakwalifikowany do dofinansowania w ramach „Programu wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok” w roku 2024
☐	Wniosek nie został zakwalifikowany do dofinansowania w ramach „Programu wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok” w roku 2024
data	 (podpis i pieczęćka osoby upoważnionej)

z dnia 6 lutego 2024r

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKA PROGRAMU

Szanowni Państwo!

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety, której celem jest poznanie opinii na temat realizacji „Programu wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok”

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości Programu.

W pytaniach 1-6 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie 1 – oznacza ocenę najniższą, a 5 – ocenę najwyższą.

1. W jakim stopniu Program spełnił Pani/Pana oczekiwania?
1 2 3 4 5
2. Jak Pan/Pani ocenia organizację Programu?
1 2 3 4 5
3. Jak Pani/Pan ocenia organizację usług świadczonych przez realizatora w ramach Programu?
1 2 3 4 5
4. Jak Pani/Pan ocenia personel udzielający świadczeń w ramach Programu?
1 2 3 4 5
5. Jak Pani/Pan ocenia atmosferę panującą u realizatora Programu?
1 2 3 4 5
6. Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan usługi realizatora innym osobom?
1 2 3 4 5
7. Z jakiego źródła dowiedziała się Pani/dowiedział się Pan o Programie?
☐ Internet
☐ znajomi/rodzina
☐ TV/prasa
☐ lekarz/placówka ochrony zdrowia
☐ inne (jakie?.....)
8. Czy uważa Pani/Pan, że rozpowszechnienie informacji o Programie jest wystarczające?
☐ tak
☐ nie
☐ nie wiem
9. Czy uważa Pani/Pan, że Program powinien być kontynuowany w latach następnych?
☐ tak
☐ nie
☐ nie wiem
10. Czy wprowadziłaby Pani/wprowadziłby Pan jakieś zmiany w organizacji Programu?
☐ nie
☐ tak (jakie?
.....
.....
.....)
11. Inne uwagi i spostrzeżenia dotyczące realizacji Programu:
.....
.....
.....
.....
.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!