# Załącznik nr 3

do uchwały nr 6579/VI/23

Zarządu Województwa Dolnośląskiego

z dnia 28 lutego 2023r.

# FORMULARZ OFERTOWY

**Konkurs ofert na realizatora „Programu polityki zdrowotnej w zakresie zachowania płodności u pacjentów leczonych onkologicznie na terenie Województwa Dolnośląskiego” na lata 2023-2025**

stanowiącego załącznik do uchwały nr 6447/VI/23 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 30 stycznia 2023 r. w sprawie przyjęcia do realizacji „Program polityki zdrowotnej w zakresie zachowania płodności u pacjentów leczonych onkologicznie na terenie Województwa Dolnośląskiego” na lata 2023-2025, zwanego dalej „programem”.

## Dane Oferenta

Nazwa Oferenta:

Adres:

Forma prawna:

REGON:

NIP:

Imię i nazwisko osoby do kontaktu:

Nr telefonu kontaktowego:

Adres e-mail:

Adres elektronicznej skrzynki podawczej (ePUAP):.............................................................................................

Nr rachunku bankowego:[[1]](#footnote-1)

Nazwa organu rejestrowego:

Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy   
z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

## Dane partnera (jeżeli dotyczy)[[2]](#footnote-2)

Nazwa :

Adres:

Forma prawna:

REGON:

NIP:

Nazwa organu rejestrowego:

Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy   
z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:

1. Koszty jednostkowe poszczególnych elementów przewidzianych w programie nie mogą być wyższe niż koszty wskazane w programie.

**Tabela 1. Koszty jednostkowe w roku 2023**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadania** | **Liczba jednostek** | **Jednostka** | **Koszt jednostkowy** | **Koszt całkowity zł (brutto)** | **Liczba osób objętych daną interwencją** | |
| **Część I – Kampania informacyjna – edukacyjna** | | | |  | **2325** | |
| Kampania informacyjno-promocyjna | 1 | kampania |  |  |  | |
| **Część II - Nabór do Programu** | | | |  | **2325** | |
| Koordynacja i nadzór organizacyjny (20h/miesiąc) | 12 | miesiąc |  |  |  | |
| Koordynacja i nadzór merytoryczny (20h/miesiąc) | 12 | miesiąc |  |  |  | |
| Rejestracja do Programu | 12 | miesiąc |  |  |  | |
| Kwalifikacja do Programu - lekarz | 50 | godz. |  |  |  | |
| **Część III Szkolenie personelu medycznego** | | | |  | **100** | |
| Przeprowadzenie 5 wykładów dla personelu medycznego | 5 | wykład |  |  |  | |
| Nagranie wykładów i zamieszczenie na stronie internetowej przygotowanej na potrzeby Programu | 5 | film |  |  |  | |
| Wizyta studyjna w Ośrodku Oncofertility | 6 | osoba |  |  |  | |
| **Część IV Edukacja zdrowotna dla pacjentów onkologicznych i hematologicznych w wieku prokreacyjnym** | | | |  | **2325** |
| 1. **Edukacja online** | | | |  |  | |
| Stworzenie i prowadzenie strony internetowej z wiedzą o zabezpieczeniu płodności metodą krioprezerwacji jajnika | 1 | zadanie |  |  |  | |
| Opracowanie ankiety, testu wiedzy o zabezpieczaniu płodności, e-podręcznika | 1 | zadanie |  |  |  | |
| Przygotowanie i wygłoszenie serii pięciu wykładów specjalistów skierowanych do pacjentów onkologicznych. | 5 | wykład |  |  |  | |
| Nagranie i zmontowanie serii **pięciu** wykładów skierowanych do pacjentów | 5 | film |  |  |  | |
| Przygotowanie i prowadzenie fanpage`a dla pacjentów | 1 | zadanie |  |  |  | |
| Przygotowanie i konsultacja treści postów ze specjalistami do mediów społecznościowych i na stronę internetową | 50 | godzina |  |  |  | |
| Przeprowadzenie badań określających poziom jakości życia pacjentów onkologicznych i hematologicznych, którzy decydują się na zabieg krioprezerwacji tkanki jajnika | 240 | godzina |  |  |  | |
| **2. Plan postępowania dla pacjentów chorych onkologicznie i hematologicznie w wieku prokreacyjnym umożliwiający kwalifikację do krioprezerwacji jajnika** | | | |  |  | |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **onkologa** | 100 | osoba |  |  |  | |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **ginekologa onkologa** | 100 | osoba |  |  |  | |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **radiologa** | 100 | osoba |  |  |  | |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **ginekologa położnika** | 100 | osoba |  |  |  | |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **hematologa** | 20 | osoba |  |  |  | |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **psychologa** | 100 | osoba |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **pielęgniarki/położnej/ edukatora zdrowia** | 100 | osoba |  |  |  |
| **Część V Krioprezerwacja tkanki jajnika oraz jej autotransplantacja** | | | |  | **100** |
| Wykonanie badań laboratoryjnych w kierunku HIV, HBV, HCV, VDRL, HBs, antyHBc, CMV e klasie IgM, HTLV-1, AMH, AFC | 25 |  |  |  |  |
| Przeprowadzenie zabiegu laparoskopii w celu pobrania tkanki jajnika | 25 | zabieg |  |  |  |
| Badanie histopatologiczne, możliwe również śródoperacyjnie | 100 | badanie |  |  |  |
| Mrożenie tkanek | 100 | tkanek |  |  |  |
| Przechowywanie mrożonych tkanek przez 12 miesięcy | 100 | tkanek |  |  |  |
| **VI Koszty administracyjne i obsługi** | | | |  | **2325** |
| Monitorowanie i ewaluacja | 1 | zadanie |  |  |  |
| Obsługa księgowa i prawna | 1 | zadanie |  |  |  |
| Zakup materiałów i sprzętu do Programu, druk | 1 | zadanie |  |  |  |
| Opłata telefony i Internet | 1 | zadanie |  |  |  |
| Razem | | | |  | **2325** |

## 

## Tabela 2. Koszty jednostkowe w roku 2024

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadania** | **Liczba jednostek** | **Jednostka** | **Koszt jednostkowy** | **Koszt całkowity zł (brutto)** | **Liczba osób objętych daną interwencją** |
| **Część I – Kampania informacyjna – edukacyjna** | | | |  | **2325** |
| Kampania informacyjno-promocyjna | 1 | Kampania |  |  |  |
| **Część II - Nabór do Programu** | | | |  | **2325** |
| Koordynacja i nadzór organizacyjny (20h/miesiąc) | 12 | miesiąc |  |  |  |
| Koordynacja i nadzór merytoryczny (20h/miesiąc) | 12 | miesiąc |  |  |  |
| Rejestracja do Programu | 12 | miesiąc |  |  |  |
| Kwalifikacja do Programu - lekarz | 50 | godz. |  |  |  |
| **Część III Szkolenie personelu medycznego** | | | |  | **100** |
| Przeprowadzenie 5 wykładów dla personelu medycznego | 5 | wykład |  |  |  |
| Nagranie wykładów i zamieszczenie na stronie internetowej przygotowanej na potrzeby Programu | 5 | film |  |  |  |
| Wizyta studyjna w Ośrodku Oncofertility | 6 | osoba |  |  |  |
| **Część IV Edukacja zdrowotna dla pacjentów onkologicznych i hematologicznych w wieku prokreacyjnym** | | | |  | **2325** |
| 1. **Edukacja online** | | | |  |  |
| Stworzenie i prowadzenie strony internetowej z wiedzą o zabezpieczeniu płodności metodą krioprezerwacji jajnika | 1 | zadanie |  |  |  |
| Opracowanie ankiety, testu wiedzy o zabezpieczaniu płodności, e-podręcznika | 1 | zadanie |  |  |  |
| Przygotowanie i wygłoszenie serii pięciu wykładów specjalistów skierowanych do pacjentów onkologicznych. | 5 | wykład |  |  |  |
| Nagranie i zmontowanie serii **pięciu** wykładów skierowanych do pacjentów | 5 | film |  |  |  |
| Przygotowanie i prowadzenie fanpage`a dla pacjentów | 1 | zadanie |  |  |  |
| Przygotowanie i konsultacja treści postów ze specjalistami do mediów społecznościowych i na stronę internetową | 50 | godzina |  |  |  |
| Przeprowadzenie badań określających poziom jakości życia pacjentów onkologicznych i hematologicznych, którzy decydują się na zabieg krioprezerwacji tkanki jajnika | 240 | godzina |  |  |  |
| **2. Plan postępowania dla pacjentów chorych onkologicznie i hematologicznie w wieku prokreacyjnym umożliwiający kwalifikację do krioprezerwacji jajnika** | | | |  |  |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **onkologa** | 100 | osoba |  |  |  |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **ginekologa onkologa** | 100 | osoba |  |  |  |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **radiologa** | 100 | osoba |  |  |  |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **ginekologa położnika** | 100 | osoba |  |  |  |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **hematologa** | 20 | osoba |  |  |  |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **psychologa** | 100 | osoba |  |  |  |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **pielęgniarki/położnej/ edukatora zdrowia** | 100 | osoba |  |  |  |
| **Część V Krioprezerwacja tkanki jajnika oraz jej autotransplantacja** | | | |  | **100** |
| Wykonanie badań laboratoryjnych w kierunku HIV, HBV, HCV, VDRL, HBs, antyHBc, CMV e klasie IgM, HTLV-1, AMH, AFC | 25 | pakiet |  |  |  |
| Przeprowadzenie zabiegu laparoskopii w celu pobrania tkanki jajnika | 25 | zabieg |  |  |  |
| Badanie histopatologiczne, możliwe również śródoperacyjnie | 100 | badanie |  |  |  |
| Mrożenie tkanek | 100 | tkanek |  |  |  |
| Przechowywanie mrożonych tkanek przez 12 miesięcy | 200 | tkanek |  |  |  |
| **VI Koszty administracyjne i obsługi** | | | |  | **2325** |
| Monitorowanie i ewaluacja | 1 | zadanie |  |  |  |
| Obsługa księgowa i prawna | 1 | zadanie |  |  |  |
| Zakup materiałów i sprzętu do Programu, druk | 1 | zadanie |  |  |  |
| Opłata telefony i internet | 1 | zadanie |  |  |  |
| **Razem** | | | |  | **2325** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabela 3. Koszty jednostkowe 2025 roku** | | | | | |
| **Zadanie** | **Liczba jednostek** | **Jednost-ka** | **Koszt jednostkowy** | **Koszt całkowity zł (brutto)** | **Liczba osób objętych daną interwencją** |
| **Część I – Kampania informacyjna – edukacyjna** | | | |  | **2325** |
| Kampania informacyjno-promocyjna | 1 | kampania |  |  |  |
| **Część II - Nabór do Programu** | | | |  | **2325** |
| Koordynacja i nadzór organizacyjny (20h/miesiąc) | 12 | miesiąc |  |  |  |
| Koordynacja i nadzór merytoryczny (20h/miesiąc) | 12 | miesiąc |  |  |  |
| Rejestracja do Programu | 12 | miesiąc |  |  |  |
| Kwalifikacja do Programu - lekarz | 50 | godz. |  |  |  |
| **Część III Szkolenie personelu medycznego** | | | |  | **100** |
| Przeprowadzenie 5 wykładów dla personelu medycznego | 5 | wykład |  |  |  |
| Nagranie wykładów i zamieszczenie na stronie internetowej przygotowanej na potrzeby Programu | 5 | film |  |  |  |
| Wizyta studyjna w Ośrodku Oncofertility | 6 | osoba |  |  |  |
| **Część IV Edukacja zdrowotna dla pacjentów onkologicznych i hematologicznych w wieku prokreacyjnym** | | | |  | **2325** |
| 1. **Edukacja online** | | | |  |  |
| Stworzenie i prowadzenie strony internetowej z wiedzą o zabezpieczeniu płodności metodą krioprezerwacji jajnika | 1 | zadanie |  |  |  |
| Opracowanie ankiety, testu wiedzy o zabezpieczaniu płodności, e-podręcznika | 1 | zadanie |  |  |  |
| Przygotowanie i wygłoszenie serii pięciu wykładów specjalistów skierowanych do pacjentów onkologicznych. | 5 | wykład |  |  |  |
| Nagranie i zmontowanie serii **pięciu** wykładów skierowanych do pacjentów | 5 | film |  |  |  |
| Przygotowanie i prowadzenie fanpage`a dla pacjentów | 1 | zadanie |  |  |  |
| Przygotowanie i konsultacja treści postów ze specjalistami do mediów społecznościowych i na stronę internetową | 50 | godzina |  |  |  |
| Przeprowadzenie badań określających poziom jakości życia pacjentów onkologicznych i hematologicznych, którzy decydują się na zabieg krioprezerwacji tkanki jajnika | 240 | godzina |  |  |  |
| **2. Plan postępowania dla pacjentów chorych onkologicznie i hematologicznie w wieku prokreacyjnym umożliwiający kwalifikację do krioprezerwacji jajnika** | | | | **111 600,00** |  |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **onkologa** | 100 | osoba | 1 |  |  |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **ginekologa onkologa** | 100 | osoba |  |  |  |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **radiologa** | 100 | osoba |  |  |  |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **ginekologa położnika** | 100 | osoba |  |  |  |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **hematologa** | 20 | osoba |  |  |  |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **psychologa** | 100 | osoba |  |  |  |
| Kompleksowa opieka nad pacjentem onkologicznym bądź hematologicznym: porady **pielęgniarki/położnej/ edukatora zdrowia** | 100 | osoba |  |  |  |
| **Część V Krioprezerwacja tkanki jajnika oraz jej autotransplantacja** | | | |  | **100** |
| Wykonanie badań laboratoryjnych w kierunku HIV, HBV, HCV, VDRL, HBs, antyHBc, CMV e klasie IgM, HTLV-1, AMH, AFC | 25 | pakiet |  |  |  |
| Przeprowadzenie zabiegu laparoskopii w celu pobrania tkanki jajnika | 25 | zabieg |  |  |  |
| Badanie histopatologiczne, możliwe również śródoperacyjnie | 100 | badanie |  |  |  |
| Mrożenie tkanek | 100 | tkanek |  |  |  |
| Przechowywanie mrożonych tkanek | 300 | tkanek |  |  |  |
| Przeprowadzenie zabiegu w celu autotransplantacji tkanki jajnika | 25 | zabieg |  |  |  |
| **VI Koszty administracyjne i obsługi** | | | |  | **2325** |
| Monitorowanie i ewaluacja | 1 | z**adanie** |  |  |  |
| Obsługa księgowa i prawna | 1 | zadanie |  |  |  |
| Zakup materiałów i sprzętu do Programu, druk | 1 | zadanie |  |  |  |
| Opłata telefony i internet | 1 | zadanie |  |  |  |
| Razem | | | |  | **2325** |

**Tabela 4. Całkowity koszt projektu w latach 2023-2025**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zakres kosztów** | **Koszty Programu** | **Koszt jednostkowy (brutto)** |
| **Część I** Kampania informacyjno – edukacyjna |  |  |
| **Część II** Nabór do Programu |  |  |
| **Część III** Szkolenie personelu medycznego |  |  |
| **Część IV** Edukacja zdrowotna dla pacjentów onkologicznych i hematologicznych chcących zabezpieczyć swoją płodność |  |  |
| 1. Edukacja online |  |  |
| 1. Plan postępowania dla pacjentów chorych onkologicznie i hematologicznie w wieku prokreacyjnym umożliwiający kwalifikację do krioprezerwacji jajnika |  |  |
| **Część V**  Krioprezerwacja tkanki jajnika oraz ich autotransplantacja |  |  |
| Monitorowanie i ewaluacja |  |  |
| Koszty administracyjne i inne |  |  |
| **Koszt całkowity** |  |  |

**Całkowity koszt programu**

(suma kosztów I,II,III,IV,V) …………………………………………………………………..………

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych.........................................................................................................

**4. Opis organizacji kampanii informacyjnej**, **w tym planowanych form przekazu (media społecznościowe, tj. stworzenie i prowadzenie strony internetowej programu, fanpage, projekt, wydruk, kolportaż ulotek, plakatów – z podaniem ich ilości**: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………5.**Opis kwalifikacji zawodowych lekarza szkolącego personel medyczny:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**6. Opis doświadczenia zawodowego lekarza w zakresie leczenia, prowadzenia par bezpłodnych ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**7. Opis doświadczenia w wykonywaniu laparoskopii związanych z leczeniem niepłodności ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

## 8. Oświadczenia Oferenta:

* 1. Oświadczam, że zaproponowana w formularzu ofertowym kalkulacja kosztów realizacji programu, w przypadku zawarcia umowy, pozostanie niezmienna przez cały okres obowiązywania umowy.
  2. Oświadczam, że w stosunku do Oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
  3. Oświadczam, że nie byłam/-łem karana/-ny zakazem pełnienia funkcji związanych   
     z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłam/-łem karana/-ny za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
  4. Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w ofercie oraz załącznikach są zgodne   
     z aktualnym stanem prawnym i faktycznym oraz że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą administrowania danymi osobami.
  5. Oświadczam, że Oferent posiada sprzęt i aparaturę medyczną o minimalnych wymaganiach   
     i w ilości wskazanej w programie.Oświadczam, że sprzęt spełnia wszystkie normy zgodne   
     z obowiązującym prawem oraz posiada niezbędne certyfikaty.
  6. Oświadczam, że Oferent dysponuje zgodnymi z obowiązującym prawem odpowiednimi warunkami lokalowymi oraz zorganizuje zgodne z obowiązującym prawem udzielanie świadczeń wskazanych w programie.
  7. Oświadczam, że Oferent zapewni prawidłowe przeprowadzenie wszystkich działań przewidzianych w programie.
  8. Oświadczam, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń wskazanych w programie.

## Lista załączników:

* + - pisemne upoważnienie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę –

w przypadku, gdy oferta nie zostanie podpisana przez osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu wskazane w odpowiednim rejestrze lub innym dokumencie wskazującym umocowania w tym zakresie.

………………………………………

(Data, podpis i pieczęć Oferenta lub osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta)

1. Numer rachunku bankowego musi widnieć w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT - https://www.podatki.gov.pl/wykaz-podatnikow-vat-wyszukiwarka. Jeśli podmiot nie ma obowiązku zgłoszenia do ww. rejestru, należy wskazać podstawę prawną. Dopuszcza się złożenie oświadczenia, że w przypadku wyboru Oferenta podany numer rachunku bankowego zostanie zgłoszony do ww. rejestru; [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku gdy oferent składa ofertę w partnerstwie należy wpisać dane wszystkich partnerów. W takim przypadku do oferty powinna także zostać załączona umowa partnerska lub list intencyjny podpisany przez wszystkie strony. W przypadku złożenia oferty w partnerstwie, świadczenia zdrowotne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą. [↑](#footnote-ref-2)