

**UCHWAŁA NR 249/3949/18**  
**ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO**  
z dnia 20 sierpnia 2018 r.

**w sprawie powołania Komisji Konkursowej oraz ogłoszenia konkursu ofert na realizację zadania pn. Program polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia in vitro dla mieszkańców województwa lubuskiego w 2018 roku”**

Na podstawie art. 14 ust. 1 pkt 2 oraz art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2018 r., poz. 913 z późn. zm.), w związku z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

**§ 1. 1.** Ogłasza się konkurs ofert na leczenie metodą zapłodnienia pozaustrojowego składającego się z dwóch części: klinicznej i biotechnologicznej w ramach realizacji zadania pn. Program polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców województwa lubuskiego w 2018 roku”.

**2.** Treść ogłoszenia o konkursie, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

**3.** Ogłoszenie, o którym mowa w ust. 1, zamieszcza się na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego, na stronie internetowej Województwa Lubuskiego w Biuletynie Informacji Publicznej, w zakładce Ochrona Zdrowia.

**§ 2.** Ustala się wzór formularza oferty, stanowiący kolejno załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

**§ 3.** Powołuje się Komisję Konkursową w składzie:

- 1)** Przewodniczący – Tomasz Wróblewski, Dyrektor Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego;
- 2)** Zastępca Przewodniczącego – Sławomir Gąsior; Kierownik Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Uniwersyteckiego im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.;
- 3)** Członek Komisji – Kamil Szajek, radca prawny Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego;

4) Członek Komisji – Bogumiła Ewa Jaske, Kierownik Wydziału Organizacji i Promocji Zdrowia Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego;

5) Członek Komisji – Elżbieta Smykał, inspektor Wydziału Organizacji i Promocji Zdrowia Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego.

§ 4. Ustala się Regulamin prac Komisji Konkursowej, zgodnie z którym prowadzone jest postępowanie konkursowe, stanowiący załącznik nr 3 do niniejszej uchwały.

§ 5. Wykonanie uchwały powierza się Marszałkowi Województwa Lubuskiego.

§ 6. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

WICEMARSZAŁEK  
*Stanisław Tomczyński*  
Stanisław Tomczyński

STWIERDZAM ZGODNOŚĆ  
Z PROJEKTEM UCHWAŁY

i postanowieniami

*Zarządca*

DEPARTAMENTU  
OPROJEKTU OCHRONY  
*Tomasz Wróblewski*  
Tomasz Wróblewski

Załącznik Nr 1  
do uchwały Nr 279/3949/18.....  
Zarządu Województwa Lubuskiego  
z dnia 20.10.2018 r. ....2018 r.

Na podstawie art. 48 i 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn zm.)

**Zarząd Województwa Lubuskiego**  
**ogłasza konkurs ofert**  
**na realizację zadania pn.: Program polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia in vitro dla mieszkańców województwa lubuskiego w 2018 roku”**

1. Przedmiotem konkursu jest wyłonienie Realizatora Programu polityki zdrowotnej „Leczenie metodą zapłodnienia in vitro dla mieszkańców województwa lubuskiego w 2018 roku.”

2. Realizacja Programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia in vitro dla mieszkańców województwa lubuskiego w 2018 roku” polega na możliwości trzykrotnego skorzystania przez Uczestników Programu ze zindywidualizowanej procedury wspomaganego rozrodu. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego powinna objąć wykonanie następujących czynności:

- przeprowadzenie kwalifikacji pary i wykonanie wymaganych ustawowo badań;
- stymulację mnogiego jajczkowania i nadzorowanie jej przebiegu,
- punkcji pęcherzyków jajowych;
- znieczulenie ogólne podczas punkcji;
- zapłodnienie pozaustrojowe oraz nadzór nad rozwojem zarodków in vitro;
- transfer zarodków do jamy macicy w cyklu stymulowanymi.

Uczestnikom Programu przysługuje możliwość dofinansowania do maksymalnej liczby 3 (trzech) prób. Natomiast różnicę pomiędzy całkowitym kosztem procedury obejmującym: badania kwalifikujące, nadzór nad stymulacją mnogiego jajczkowania, witrifikację zarodków z zachowanym potencjałem rozwojowym, przechowywanie zarodków kriokonserwowanych, niezbędne badania wirusologiczne i innych chorób, koszty leków, ponoszą pacjenci. Uczestnicy Programu ponoszą również koszty kolejnych (powyżej trzech) prób.

Kolejny cykl pobrania i zapłodnienia komórki jajowej nie może być wykonany bez wykorzystania wcześniej uzyskanych i przechowywanych zarodków.

3. Warunki przyjęcia przez Realizatora uczestników (pary) do Programu:

- zamieszkanie i zameldowanie na pobyt stały na terenie województwa lubuskiego,
- niemożliwość zrealizowania przez ponad rok planów rozrodczych metodą naturalną;
- wiek kobiety w przedziale 20-40 lat według rocznika urodzenia,
- podpisanie oświadczenia potwierdzającego zamieszkanie na terenie województwa lubuskiego,

oświadczenia o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych oraz oświadczenia o pozostawaniu w związku małżeńskim lub partnerskim (zgodnie z definicją dawstwa partnerskiego określoną w art. 2 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o *leczeniu niepłodności*) oraz zgody na leczenie metodą zapłodnienia pozaustrojowego (wzory oświadczeń w załączeniu).

4. Okres realizacji Programu: od dnia zawarcia umowy do 15 grudnia 2018 r.

5. Miejsce realizacji świadczeń: wybrana w drodze konkursu jednostka leczenia niepłodności

6. Wysokość środków przeznaczonych na realizację zadania: 100 000,00 zł.

### **7. Szczegółowe wymagania wobec oferenta (Realizatora)**

Realizatorem Programu, zgodnie z warunkami ustawowymi, może być ośrodek medyczny wspomaganej prokreacji i/lub centrum leczenia niepłodności wpisany przez Ministra Zdrowia do rejestru i/lub znajdujący się w wykazie centrów leczenia niepłodności prowadzonym przez Ministra Zdrowia, spełniający warunki określone przepisami ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o *leczeniu niepłodności* (Dz. U. z 2017 r. poz. 865) lub działający na podstawie zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia Programu Dostosowawczego, zgodnie z art. 98 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o *leczeniu niepłodności* (Dz. U. z 2017 r. poz. 865).

Realizatora obowiązują również poniższe wymagania:

- udokumentowane stosowanie standardów i rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii;
- raportowanie wyników leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego i stosowania metod wspomaganego rozrodu do European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) w ramach programu EIM-European IVF Monitoring;
- udokumentowana współpraca z psychologiem posiadającym praktykę w dziedzinie psychologii leczenia niepłodności na terenie prowadzonej przez Realizatora działalności.

8. Wyłoniony w trybie konkursu Realizator będzie zobowiązany realizować niniejszy Program przy wykorzystaniu własnego personelu medycznego, nie wpłynie to w żaden sposób na ewentualne

świadczenia zdrowotne wykonywane w ramach NFZ uczestnikom Programu zgodnie z referencjami odnośnie skuteczności i bezpieczeństwa zastosowanych technologii medycznych określonymi w ustawie z dnia 25 czerwca 2015 r. o *leczeniu niepłodności* (Dz. U. z 2017 r. poz. 865).

9. W związku ze specyfiką problemu klinicznego, Realizator wyłoniony przez Organizatora, musi zapewnić, jeżeli sytuacja kliniczna będzie tego wymagała.:

- dostępność do świadczeń finansowanych w ramach Programu przez 6 dni w tygodniu,
- nadzór embriologiczny nad laboratorium przez 7 dni w tygodniu,
- możliwość zrealizowania świadczeń w trybie weekendowym (dyżurnym).

Realizator Programu ma obowiązek zapewnić pacjentom możliwość rejestracji telefonicznej lub elektronicznej, kontakt telefoniczny z personelem medycznym przez 7 dni w tygodniu/24 godziny na dobę, w przypadku powikłań pozabiegowych.

10. Realizator prowadzić będzie rekrutację i kwalifikację par w swojej siedzibie.

11. Wybór postępowania medycznego oraz indywidualne kwestie dotyczące procesu leczenia – zależności będą od decyzji lekarskich. Wyszczególnienie dalszych etapów będzie zatem następować w zależności od potrzeby i wskazań medycznych.

12. Zadaniem Realizatora będzie również przygotowanie miesięcznych raportów umożliwiających Organizatorowi monitorowanie liczby:

- zgłaszających się do Programu Uczestników;
- zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do Programu par;
- przeprowadzonych procedur rozrodu wspomaganego, jakości i efektywności wykonanych świadczeń;
- ciąż;
- żywych urodzeń.

Organizator zobowiązuje Realizatora do poinformowania o liczbie żywych urodzeń w wyniku realizacji Programu po jego zakończeniu.

### **13. Kryteria wyboru oferty**

Oferty kompletne oraz spełniające wymogi formalne oceniane będą według następujących kryteriów merytorycznych:

- łączny koszt procedury;
- liczba osób, które zostaną objęte Programem,
- doświadczenie oferenta we współpracy z administracją publiczną.

### **14. Termin i warunki składania ofert**

1. Oferty należy przesłać na adres: Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze ul. Podgórznej 7, 65-057 Zielona Góra z dopiskiem: Departament Ochrony Zdrowia Konkurs ofert na realizację Programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców województwa lubuskiego w 2018 roku” do dnia **14 września 2018 r.**
2. O terminie złożenia oferty decyduje data stempla pocztowego w przypadku ofert wysłanych pocztą lub data wpływu do Urzędu, w przypadku ofert złożonych osobiście.
3. Oferty nadesłane po terminie nie będą rozpatrywane i będą podlegały zwrotowi.
4. Ofertę wraz z Oświadczeniem Oferenta (wzór w załączeniu) należy złożyć na udostępnionym „Formularzu oferty”. Oferta nie będzie rozpatrywana, jeżeli zostanie złożona na formularzu innym niż obowiązujący. Formularz oferty można otrzymać w Departamencie Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze, ul. Podgórzna 7, III piętro, pokój 323, w godzinach urzędowania lub pobrać ze strony internetowej Województwa Lubuskiego - Biuletyn Informacji Publicznej (BIP) – zakładka Ochrona Zdrowia.
5. Kserokopie dokumentów dołączanych do oferty należy na każdej ze stron potwierdzić za zgodność z oryginałem oraz czytelnie podpisać (lub podpisać i ostemplować imienną pieczęcią) przez osobę/-y upoważnioną/-e do reprezentowania Oferenta.
6. Załączniki do oferty należy ponumerować i ułożyć w kolejności.
7. Oferty, które nie spełnią warunków określonych w Ogłoszeniu zostaną odrzucone.
8. Komisja Konkursowa, w przypadku gdy stwierdzi wystąpienie braków formalnych w ofercie, (w szczególności: niekompletne pod względem wymaganych załączników, bez kompletu wymaganych podpisów, pieczęci, potwierdzenia za zgodność oraz zawierające oczywiste omyłki rachunkowe, wzywa (telefonicznie lub drogą mailową) Oferenta do uzupełnienia braków. Oferent jest zobowiązany do uzupełnienia braków formalnych wskazanych przez Komisję Konkursową w terminie do 2 dni roboczych od daty otrzymania wezwania.

#### **15. Termin rozstrzygnięcia konkursu:**

1. Konkurs ofert prowadzi i rozstrzyga Komisja Konkursowa powołana na mocy Uchwały Zarządu Województwa Lubuskiego.
2. Tryb pracy Komisji Konkursowej określa Regulamin pracy Komisji Konkursowej, stanowiący Załącznik Nr 3 do Uchwały
3. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie do 7 dni od daty upływu terminu składania ofert.
4. Zarząd Województwa Lubuskiego zastrzega sobie prawo odwołania konkursu oraz przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

**5.** W sprawach nieuregulowanych niniejszym Ogłoszeniem mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące Konkursu.

.....  
/Pieczętka firmowa Oferenta/

Pełna nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą: .....

Adres wraz z kodem pocztowym: .....

### Oświadczenia Oferenta

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 (Dz. U. z 2017 r. poz.865);
- 4) dysponuje odpowiednią doświadczoną kadrą oraz aparaturą i posiada odpowiednie warunki do prowadzenia leczenia;
- 5) posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do 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;
- 8) wykonał co najmniej 100 procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie i działa od co najmniej roku;
- 9) zapoznał się z treścią ogłoszenia konkursu ofert;
- 10) jest świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

....., dnia ..... 2018 r.

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



## O Ś W I A D C Z E N I E

Przystępując do udziału w *Programie polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców województwa lubuskiego w 2018 roku”*

My niżej podpisani:

Imię i nazwisko (kobieta) .....

PESEL (kobieta)																			
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko (mężczyzna) .....

PESEL (mężczyzna)																			
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu .....adres e-mail.....

### oświadczamy, że

- pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim od roku .....
- jesteśmy mieszkańcami województwa lubuskiego i zamieszkujemy pod wskazanym poniżej adresem:  
 ulica ..... nr domu .....  
 nr lokalu ....., kod pocztowy .....  
 miejscowość.....  

(NIP-3/ZAP-3\*)
- poddaliśmy się wcześniejszemu leczeniu niższego rzędu, które zakończyło się niepowodzeniem/posiadamy bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego,
- ubiegamy się o dofinansowanie z budżetu Województwa Lubuskiego do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego realizowanego w ramach wyżej ww. programu, jednocześnie nie więcej niż u jednego Realizatora programu, tj. podmiotu leczniczego, udzielającego świadczeń polegających na leczeniu niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis - kobieta )

.....  
(czytelny podpis - mężczyzna)

\*– właściwe podkreślić i załączyć do niniejszego oświadczenia kserokopię dokumentu

.....  
imię i nazwisko - kobieta

.....  
imię i nazwisko - mężczyzna

## O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że zgodnie z art. 7 ust. 1-4 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) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb naboru i realizacji Programu polityki zdrowotnej pn. „*Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców województwa lubuskiego w 2018 roku*”.

Oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach, w szczególności o dobrowolności podania danych, prawie dostępu do treści danych i ich poprawiania oraz o możliwości odwołania niniejszej zgody w każdym czasie. Mam jednocześnie świadomość, że brak zgody na przetwarzanie danych lub jej odwołanie jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w przedmiotowym programie.

.....  
podpis uczestnika programu - kobieta

.....  
podpis uczestnika programu - mężczyzna

Załącznik Nr 2  
do uchwały Nr 279/3949/18.....  
Zarządu Województwa Lubuskiego  
z dnia 20. sierpnia.....2018 r.

.....  
(pieczęć oferenta)

.....  
(miejscowość i data)

### FORMULARZ OFERTY

na realizację zadania pn.:

**Program polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców województwa lubuskiego w 2018 roku”**

I. INFORMACJE O OFERENCIE:		
1.	Pełna nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o <i>działalności leczniczej</i>	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, telefon, adres e-mail	
3.	Nazwa podmiotu tworzącego	
4.	Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i organ prowadzący rejestr	
5.	Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego rejestru/ewidencji	
6.	NIP	
7.	REGON	
8.	Kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
9.	Osoba odpowiedzialna za realizację zadania (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
10.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania (imię i nazwisko, nr tel., fax)	

11.	Nazwa banku i nr rachunku	
-----	---------------------------	--

## II. OPIS PROPONOWANEJ REALIZACJI PROGRAMU

1. Szczegółowy opis realizacji Programu uwzględniający jego specyfikę (m.in. populacja objęta Programem (wiek/rocznik), liczba osób objętych Programem, rodzaj i zakres świadczeń).

Pary, które są zainteresowane udziałem w Programie muszą spełnić następujące warunki: zamieszkanie i zameldowanie na pobyt stały na terenie województwa lubuskiego; niemożliwość zrealizowania przez ponad rok planów rozrodczych metodą naturalną; wiek kobiety w przedziale 20-40 lat według rocznika urodzenia.

2. Miejsce wykonywania Programu z uwzględnieniem ewentualnych podwykonawców biorących udział przy jego realizacji, dokładny adres, telefon, adres mailowy (m.in. zasady udziału/rejestracji beneficjentów w Programie, dni i godziny realizacji Programu).

3. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju (ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną).

## III. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU

1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów.

Lp.	Rodzaj kosztów*	Liczba planowanych jednostek	Koszt jednostkowy	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł)	Wnioskowana wysokość dofinansowania z budżetu Miasta Poznania (w zł)
<b>Rok 2018</b>						

1.					
2.					
3.					
<b>OGÓŁEM</b>					

\* Rodzaje kosztów winny być zgodne z ogłoszeniem konkursowym

2. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

-m.in. sposób promowania przez Realizatora realizację przedmiotowego Programu

.....

.....

3. Przewidywane źródła finansowania Programu:

<b>Źródło finansowania</b>	<b>zł</b>	<b>%</b>
<b>Rok 2018</b>		
Kwota dofinansowania		
Finansowe środki własne, środki z innych źródeł oraz wpłaty i opłaty adresatów (z tego wpłaty i opłaty adresatów zadania .....zł)		
<b>Ogółem:</b>		

**Dodatkowe dokumenty:**

- 1) Oświadczenie Oferenta (wzór oświadczenia w załączeniu)
- 2) udokumentowane stosowanie standardów i rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii;
- 3) udokumentowana współpraca z psychologiem posiadającym praktykę w dziedzinie psychologii leczenia niepłodności na terenie prowadzonej przez Realizatora działalności.

.....

(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta)

Załącznik Nr 3  
do uchwały Nr 279/384/18...  
Zarządu Województwa Lubuskiego  
z dnia 30 sierpnia 2018 r.

**Regulamin prac Komisji Konkursowej**  
**powołanej w celu przeprowadzenia konkursu ofert na realizację**  
**Programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia in vitro dla**  
**mieszkańców województwa lubuskiego w 2018 roku”**

1. Pracami Komisji kieruje Przewodniczący Komisji lub w przypadku jego nieobecności inny członek Komisji Konkursowej wskazany przez Przewodniczącego.
2. Członek Komisji Konkursowej podlega wyłączeniu od udziału w Komisji, gdy Oferentem jest:
  - jego małżonek oraz krewny i powinowaty do drugiego stopnia,
  - osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli,
  - osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej lub 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. Komisja działa na posiedzeniach zamkniętych.
4. Komisja, przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert, dokonuje kolejno następujących czynności:
  - 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
  - 2) odrzuca oferty nadesłane po wyznaczonym terminie,
  - 3) otwiera koperty z ofertami,
  - 4) pozostawia bez rozpatrzenia oferty, które zostały złożone na formularzu innym niż obowiązujący,
  - 5) sprawdza zgodność ofert z wymogami formalnymi określonymi w Ogłoszeniu konkursowym, w przypadku wystąpienia braków formalnych w ofercie Komisja wzywa Oferenta do uzupełnienia wskazanych braków w terminie do 2 dni roboczych od daty wysłania wezwania,
  - 6) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez Oferentów,
  - 7) po upływie terminu, o którym mowa w pkt 5 Komisja ponownie dokonuje oceny formalnej ofert i odrzuca oferty, które nie spełniają wymogów określonych w Ogłoszeniu,
  - 8) wybiera najkorzystniejszą ofertę lub nie przyjmuje żadnej z ofert.
5. Każde posiedzenie Komisji musi być udokumentowane odrębnym protokołem.

6. W przypadku, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona została tylko jedna oferta, Komisja Konkursowa może przyjąć tę ofertę, jeżeli stwierdzi, że spełnia ona wymagania określone w Ogłoszeniu.
7. Komisja przedstawia Zarządowi Województwa Lubuskiego wyniki postępowania konkursowego oraz propozycje wyboru Oferentów, celem zatwierdzenia.
8. Komisja, po otrzymaniu decyzji Zarządu Województwa Lubuskiego, zawiadamia Oferentów o rozstrzygnięciu konkursu i jego wynikach na piśmie, na tablicy ogłoszeń Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego, ul. Podgórna 7 oraz na stronie internetowej Województwa Lubuskiego w Biuletynie Informacji Publicznej (BIP) w zakładce Ochrona Zdrowia.
9. Przewodniczący Komisji lub Zastępca Przewodniczącego prowadzi z Oferentami wszelką korespondencję dotyczącą konkursu.
10. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem prac Komisji Konkursowej mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego.