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

*/Pieczątka firmowa Oferenta/*

Pełna nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Oświadczenie 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-Leczniczych 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,
11. akceptuję posiadane przez pary wyniki badań laboratoryjnych, finansowane w ramach NFZ lub z innych źródeł, które zostały wykonane przed przystąpieniem do programu - ważne do 6 miesięcy od daty ich wykonania.

……………………………………………….., dnia ………................... 2019 r.

………………………………

czytelne podpisy i pieczątki

osób uprawnionych

do reprezentowania Oferenta