

.....  
Pieczęć nagłówkowa Oferenta

### INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI\*

<b>I. Rodzaj wykonywanej działalności leczniczej:</b>	1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	
	2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	
<b>II. Czas zapewniania świadczeń zdrowotnych:</b>	dzień tygodnia	godziny od ... do....
	Poniedziałek	
	Wtorek	
	Środa	
	Czwartek	
	Piątek	
	Sobota	
	Niedziela	

### III. Wymagany personel

Lp.	Imię i nazwisko	Tytuł lub stopień naukowy	Uzyskane specjalizacje	Odbyte szkolenia (rok uzyskania), w tym organizatorzy szkoleń lub rodzaje certyfikatów	Miejsce zatrudnienia (adres)	Podstawa i wymiar godzinowy zatrudnienia (okres zatrudnienia)

### IV. Organizacja udzielania świadczeń

gabinet/pracownia		proszę wskazać, czy podmiot zapewnia dostęp do pomieszczenia w miejscu udzielania świadczeń, jeżeli nie wskazać miejsce gdzie zapewnia i podstawę dysponowania
1)	gabinet diagnostyczno-zabiegowy	
2)	pracownia embriologiczna	

3)	pracownia kriogeniczna z bankiem gamet i zarodków					
<b>V. Aparatura i sprzęt medyczny</b>						
lp.	Nazwa sprzętu	Liczba sztuk	Typ	Producent	Data produkcji	Data ważności ostatniego badania technicznego
1)	ultrasonograf wyposażony w głowicę przezpochwową oraz prowadnicę do punkcji pęcherzyków jajnikowych					
2)	cieplarki z dwutlenkiem węgla					
3)	komora laminarna zapewniająca temperaturę blatu 37°C					
4)	lupa stereoskopowa wyposażona w płytę grzejącą ze stałą temperaturą 37°C					
5)	mikroskop odwrócony z kontrastem modulacyjnym, wyposażony w pełny osprzęt do mikroiniekcji plemników oraz płytę grzejącą ze stałą					

	temperaturą 37°C, z oprzyrządowaniem do archiwizacji obrazów					
6)	urządzenia i metody zapewniające efektywne i bezpieczne przechowywanie zarodków					
7)	pojemniki do długotrwałego przechowywania materiału biologicznego w ciekłym azocie					
8)	komputerowe urządzenia do archiwizacji elektronicznej danych klinicznych oraz embriologicznych					
9)	rezerwowe źródło zaopatrzenia w energię elektryczną w szczególności do ciepłarek z dwutlenkiem węgla oraz urządzeń kriogenicznych					
<b>VI. Dostęp do świadczeń leczniczych i diagnostycznych</b>						
Cześć kliniczna		Wskazać, miejsce udzielania świadczeń, jeżeli są one zapewniane poza strukturami organizacyjnymi podmiotu, wskazać miejsce gdzie świadczenia są wykonywane i podstawę ich wykonywania				

1)	udzielanie porad lekarskich, związanych z kwalifikacją do programu, nadzorem nad prawidłowością stymulacji jajczkowania, pobraniem gamet męskich i żeńskich;	
2)	badania USG w celu oceny procesu stymulacji jajczkowania;	
3)	punkcja jajników w celu pobrania komórek jajowych;	
4)	pobranie nasienia, w tym przez biopsję najądrza lub jądra;	
5)	znieczulenie przy wykonywaniu procedur inwazyjnych;	
6)	przeprowadzania badań w kierunku chorób zakaźnych (HIV 1, HIV 2, HBV, HCV, VDRL);	
7)	zapewnienie możliwości oceny stężeń hormonów używanych w monitorowaniu przebiegu kontrolowanej hiperstymulacji jajników.	
		proszę wskazać, miejsce udzielania świadczeń, jeżeli są one zapewniane poza strukturami organizacyjnymi podmiotu,

Cześć biotechnologiczna		wskazać miejsce gdzie świadczenia są wykonywane i podstawę ich wykonywania
1)	preparatyka nasienia;	
2)	zapłodnienie metodą IVF oraz ICSI w zależności od wskazań medycznych do ICSI;	
3)	hodowla zarodków do 2-3 doby i do 5 doby;	
4)	przeniesienie zarodków do jamy macicy;	
5)	przeniesienie i przechowywanie zarodków do czasu ich wykorzystania do kolejnych transferów.	

### HARMONOGRAM PRACY PERSONELU\*

Miejsce udzielania świadczeń: .....

lp.	dzień	Imię i nazwisko lekarza	Godziny pracy	Imię i nazwisko embriologa	Godziny pracy
1)	Poniedziałek				
2)	Wtorek				
3)	Środa				
4)	Czwartek				
5)	Piątek				
6)	Sobota				

7)	Niedziela				

**PLAN RZECZOWO – FINANSOWY\*****Kosztorys z liczbą i zakresem możliwych do wykonania zadań**

Rok	Liczba planowanych cykli			Cena jednostkowa		Cena całkowita
	część kliniczna	część biotechnologiczna	łączna liczba cykli	część kliniczna	część biotechnologiczna	
2013						
2014						

**Harmonogram realizacji zadania**

Liczba planowanych cykli klinicznych			
Rok	Miesiąc	Część kliniczna	Część biotechnologiczna
2013	III kwartał		
	IV kwartał		
2014	I kwartał		
	II kwartał		

**DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI ZADAŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM PROGRAMU \***

**Średnia roczna liczba wykonywanych procedur**

<b>Rok</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Liczba wykonanych cykli zapłodnienia pozaustrojowego					

Dodatkowy opis (max 3 000 znaków)

## INFORMACJA O RAPORTOWANIU WYNIKÓW DO ESHRE ORAZ POSIADANYCH SYSTEMACH ZAPEWNIENIA JAKOŚCI\*

Stosowane systemy zapewniania jakości		
1) Standardy i rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu		
Nazwa dokumentu	Data wdrożenia	Sposób wdrożenia
2) Wewnętrzne systemy zarządzania jakością		
Nazwa dokumentu	Data wdrożenia	Sposób wdrożenia

3) Opis systemu przechowywania zarodków i komórek rozrodczych niewykorzystanych w trakcie stosowania procedury zapłodnienia pozaustrojowego		
<b>Informacja o raportowaniu wyników działalności do ESHRE</b>	tak/nie	jeśli tak, informacja o dacie rozpoczęcia raportowania

.....

Pieczęć i podpis Głównego Księgowego

.....

Pieczęć i podpis Dyrektora

.....

Data

---

\* w przypadku oferentów realizujących świadczenia w różnych lokalizacjach wymagane jest odrębne przedstawienie wykazu personelu realizującego Program oraz wykazu specjalistycznego sprzętu, w oparciu, o który będzie realizowany Program.

