

**KARTA OCENY OFERTY**

złożonej w ramach otwartego konkursu ofert w celu wyboru realizatora programu „Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności”

Nazwa Oferenta: .....

**I. OCENA FORMALNA**

Lp.	WYMAGANIA	TAK/NIE
1	Oferta realizacji Programu została złożona w terminie określonym w ogłoszeniu konkursowym	
2	Oferta realizacji Programu została złożona w miejscu określonym w ogłoszeniu konkursowym	
3	Oferta na realizację Programu została złożona przez podmiot uprawniony do udziału w konkursie	
4	Oferta złożona na obowiązującym formularzu	
5	Oferta podpisana przez osoby upoważnione	
6	Oferta opiewa na kwotę nieprzekraczającą wysokości środków finansowych, wskazanych w ogłoszeniu konkursowym	
7	Dołączone załączniki są prawidłowo podpisane i opatrzone datą oraz klauzulą „za zgodność z oryginałem”	
8	Oferent podpisał oświadczenie wymienione w pkt 7 oferty	
9	Do oferty dołączono dokumenty:	
	aktualny odpis/wydruk z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę oraz umocowaniu osób go reprezentujących, które podpisały ofertę	
	kserokopię pozwolenia Ministra Zdrowia na prowadzenie ośrodka medycznie wspomaganey prokreacji oraz kopię dokumentu potwierdzającego pozytywną opinię właściwego inspektora sanitarnego	
	oświadczenie o liczbie wykonanych procedur zapłodnienia pozaustrojowego w latach 2020-2022 oraz ich skuteczności w tym okresie	
	pisemne wyrażenie zgody na przetwarzanie przez województwo opolskie danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO oraz ewentualne udostępnienie tych danych wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa	
	kserokopię Certyfikatu dla Systemu Zarządzania wg PN-EN ISO 9001 w zakresie leczenia niepłodności	

**OFERTA\* :**

- spełnia wymogi formalne  
 podlega uzupełnieniu  
 została odrzucona

Jeśli oferta podlegała uzupełnieniu, czy została uzupełniona\*?

- Tak, data uzupełnienia.....  
 Nie

\* zaznaczyć właściwe

## II. OCENA MERYTORYCZNA

Lp.	KRYTERIA OCENY (SKALA 0-5)	PUNKTY
1	Warunki lokalowe oraz posiadana aparatura i sprzęt medyczny w miejscu, w którym realizowany będzie Program	
2	Personel, mający realizować Program	
3	Doświadczenie oferenta w realizacji zadań objętych Programem	
4	Doświadczenie w zakresie diagnozowania i leczenia niepłodności na terenie województwa opolskiego	
5	Precyzja w określeniu zadań realizowanych w ramach Programu oraz sposobu ich realizacji	
6	Spójność planowanych działań i terminów ich realizacji	
7	Kompletność informacji dotyczących realizacji Programu	
8	Opis sposobu rekrutacji (kryteria i narzędzia rekrutacji)	
9	Precyzja (poprawność rachunkowa) określenia kosztów realizacji Programu	
10	Spójność zakresu podejmowanych działań z opisem realizacji i kalkulacji kosztów	
11	Opis monitorowania zadania	
12	Inne czynniki związane z organizacją Programu, mające wpływ na jego realizację np. badania własne, certyfikaty, rekomendacje itd.	
13	Dostęp do świadczeń wykonywanych w ramach Programu	
14	Oferent posiada Certyfikat dla Systemu Zarządzania wg PN-EN ISO 9001 w zakresie leczenia niepłodności.	
15	Elastyczność zadania - w odniesieniu do różnych problemów stwarzanych np. przez pandemię COVID-19.	
16	Zasięg terytorialny realizacji zadania.	
17	Zaproponowane działania promocyjne oraz informacyjno-edukacyjne.	
	<b>SUMA</b>	

### OFERTA\*:

- spełnia minimalne wymogi merytoryczne (uzyskanie łącznie minimum 13 pkt)
- została odrzucona

Proponowana kwota przeznaczona na realizację programu pn. „Szansa na rodzicielstwo dla mieszkańców Województwa Opolskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności” :.....

Podpisy członków Komisji konkursowej:

1. .... - .....
2. .... - .....
3. .... - .....
4. .... - .....
5. .... - .....
6. .... - .....
7. .... - .....