**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Część I – ZGŁOSZENIE OFERTOWE**

do udziału w programie polityki zdrowotnej: *Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028*

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa Oferenta**  |   |
| **Adres wraz z kodem pocztowym** |   |
| **Numer telefonu**  |   |
| **Adres e-mail** |   |
| **Adres skrzynki ePUAP** |   |
| **Imię i nazwisko osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania Oferenta** |   |
| **Imię i nazwisko osoby składającej / osób składających ofertę[[1]](#footnote-1) (należy dołączyć pełnomocnictwo jeśli dotyczy)** |   |
| **Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej/osób odpowiedzialnych za udzielanie informacji w zakresie złożonej oferty wraz z nr telefonu** |   |
| **Data i numer wpisu do KRS (aktualny wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego należy dołączyć do oferty) wraz z nazwą i siedzibą sądu lub informacje o innym właściwym dokumencie rejestrowym potwierdzającym status prawny Oferenta [[2]](#footnote-2)** |   |
| **Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą[[3]](#footnote-3)** |   |
| **Nazwa banku i numer konta bankowego Oferenta, na które mają zostać przekazane środki z tytułu realizacji zadania** |   |

**Część II– WYMAGANIA PROGOWE**

Reprezentowany przeze mnie ośrodek spełnia poniższe wymaganie progowe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYMAGANIE PROGOWE** | **TAK\*** | **NIE\*** |
| spełnia warunki określone w ustawie z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności dla ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji i banku komórek rozrodczych i zarodków oraz posiada pozwolenia, o których mowa w art. 48 ust. 1 tej ustawy. |   |   |
| ośrodek medycznie wspomaganej prokreacji i bank komórek rozrodczych i zarodków mieszczą się w tej samej lokalizacji |   |   |
| dokumentacja medyczna jest prowadzona w postaci elektronicznej, również embriologiczna, zapewniając możliwość cyfrowej archiwizacji obrazów |   |   |
| zapewnia dostęp do świadczeń finansowanych w ramach Programu pacjentom przez co najmniej 6 dni w tygodniu oraz stały nadzór embriologiczny nad laboratorium przez 7 dni w tygodniu |   |   |
| zapewni możliwość wykonywania świadczeń w dni ustawowo wolne od pracy (w trybie dyżurnym), jeżeli będzie tego wymagała sytuacja kliniczna pacjentów, będących uczestnikami Programu |   |   |
| zapewni uczestnikom Programu możliwość rejestracji telefonicznej i elektronicznej, oraz umożliwię pacjentom kontakt telefoniczny z personelem medycznym przez 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę, mający na celu umożliwienie pacjentom pilnej konsultacji z lekarzem z ośrodka w sprawach nagłych |   |   |
| zapewnia w lokalizacji, której dotyczy oferta, następujący personel: 1. co najmniej 2 lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie położnictwa i ginekologii - w tym jeden posiadający specjalizację lub będący co najmniej na drugim roku specjalizacji w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości - posiadających udokumentowane co najmniej 2-letnie doświadczenie w leczeniu niepłodności i wykonywaniu procedur zapłodnienia pozaustrojowego, zatrudnionych (bez względu na formę zatrudnienia) w pełnym wymiarze godzin w jednym ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji ubiegającym się o udział w Programie;
2. co najmniej 2 osoby zatrudnione (bez względu na formę zatrudnienia) przez realizatora posiadające specjalizację w dziedzinie embriologii klinicznej lub wykształcenie medyczne, biologiczne lub biotechnologiczne, posiadające udokumentowane co najmniej 3-letnim doświadczenie w zakresie stosowania procedur zapłodnienia pozaustrojowego (z których co najmniej jeden posiada certyfikat embriologa klinicznego ESHRE, starszego embriologa klinicznego ESHRE lub embriologa klinicznego PTMRiE, zatrudnione w pełnym wymiarze czasu stanowiącym równoważnik etatu (bez względu na formę zatrudnienia) w jednym ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, ubiegającym się o udział w Programie;
3. całkowitą liczbę embriologów dostosowaną do liczby i złożoności procedur laboratoryjnych wykonywanych rocznie w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami PTMRiE (Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii w zakresie dobrej praktyki w laboratoriach wspomaganego rozrodu w Polsce Warszawa, Wrzesień 2021; Akty prawne i rekomendacje ART. - Rekomendacje - Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii (ptmrie.org.pl));
4. lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
5. odpowiedniej liczby położnych lub pielęgniarek;
6. co najmniej 1 psychologa.
 |   |   |
| posiada w lokalizacji, której dotyczy oferta, następującą aparaturę medyczną:1) co najmniej 2 ultrasonografy, wyposażone w głowice przezpochwowe oraz prowadnice do punkcji pęcherzyków jajnikowych;2) aparat anestezjologiczny do znieczuleń;3) co najmniej 2 inkubatory z możliwością kontroli stężenia CO2 i O2, przy czym liczba inkubatorów musi być dostosowana do liczby wykonywanych procedur punkcji lub rozmrożeń komórek jajowych, zarodków;4) co najmniej 2 komory laminarne zapewniające optymalną temperaturę blatu, wymaganą przy pracy z komórkami rozrodczymi i zarodkami; 5) co najmniej 2 mikroskopy stereoskopowe wyposażone w płyty grzejne, zapewniające stałą temperaturę 37°C;6) co najmniej 2 mikroskopy odwrócone z kontrastem modulacyjnym wraz ze stołem lub podkładką antywibracyjną, wyposażone w pełny osprzęt do mikroiniekcji plemników oraz płytę grzejną ze stałą temperaturą 37°C;7) pojemniki do długotrwałego przechowywania materiału biologicznego w ciekłym azocie umożliwiające przechowywanie komórek rozrodczych i zarodków;8) samoczynnie załączające się rezerwowe źródło energii;9) system nadzoru nad bezawaryjną działalnością sprzętu (inkubatorów i pojemników z ciekłym azotem) - monitoring elektroniczny lub monitorowanie przez personel. |   |   |

\* wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym

**Część III – OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego oraz treścią programu polityki zdrowotnej pn. *Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028* i oświadczam, że podjęte zadanie będzie realizowane zgodnie z ogłoszeniem konkursowym oraz ww. programem;
2. dane i informacje zawarte w ofercie są prawdziwe;
3. posiadam aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zawartą na okres ................................................................., termin opłacenia składki .................................................................. (w przypadku opłacania w ratach – informacja o opłaceniu raty);
4. informacje zawarte w ofercie\*:

[ ]  stanowią tajemnicę przedsiębiorcy w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902) i podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom,

[ ]  nie stanowią tajemnicy przedsiębiorcy w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom;

1. złożona za pomocą e-PUAP oferta na realizację zadania stanowi oświadczenie woli Oferenta, zaś informacje zawarte w ofercie na realizację zadania oraz w dokumentach do niej załączonych, są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;
2. jestem świadomy skutków niezachowania wskazanej w ogłoszeniu formy komunikacji oraz zobowiązuję się do prowadzenia elektronicznej korespondencji za pośrednictwem e-PUAP oraz we wskazanych w ogłoszeniu konkursowym sytuacjach poprzez e-mail, dotyczącej postępowania konkursowego oraz w przypadku wyboru na realizatora zadania, dalszej korespondencji dotyczącej zawarcia i realizacji umowy;
3. jestem świadomy, że oferta złożona w wersji papierowej zostanie pozostawiona bez rozpatrzenia;
4. kopie dokumentów (skany) załączonych do oferty są zgodne z oryginałem.

\* proszę właściwe zaznaczyć „X”

**Część IV – OFERTA REALIZACJI ZADANIA NA LATA 2024 -2028**

Plan rzeczowo-finansowy na lata 2024 – 2028.

|  |
| --- |
| **Plan rzeczowo -finansowy na lata 2024-2028** |
| **Rok** | **Etap procesu** | **Liczba świadczeń** | **Cena jednostkowa** | **Wnioskowana całkowita kwota dofinansowania** |
| **Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego** |
| **2024** | Kwalifikacja pary |   |   |   |
| Scenariusz I (gamety pary lub nasienie dawcy) - część kliniczna |   |   |   |
| Scenariusz I (gamety pary lub nasienie dawcy) - część biotechnologiczna |   |   |   |
| Scenariusz II (dawstwo oocytów) - część kliniczna |   |   |   |
| Scenariusz II (dawstwo oocytów) - część biotechnologiczna |   |   |   |
| Scenariusz III (dawstwo zarodka) - część kliniczna |   |   |   |
| Scenariusz III (dawstwo zarodka) - część biotechnologiczna |   |   |   |
| Kriotransfer |   |   |   |
| Przechowywanie zarodków przez każdy kolejny rok (stawka roczna) |   |   |   |
| Łącznie |  |  |  |
| **Zabezpieczenie płodności na przyszłość** |
| Kwalifikacja - kobieta |   |   |   |
| Kwalifikacja - mężczyzna |   |   |   |
| Część kliniczno-biotechnologiczna - kobieta |   |   |   |
| Część kliniczno-biotechnologiczna - mężczyzna |   |   |   |
| Przechowywanie gamet przez każdy kolejny rok (stawka roczna) |   |   |   |
| Łącznie |  |  |  |
| Łącznie 2024  |  |  |  |
| **2025** | **Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego** |
| Kwalifikacja pary |   |   |   |
| Scenariusz I (gamety pary lub nasienie dawcy) - część kliniczna |   |   |   |
| Scenariusz I (gamety pary lub nasienie dawcy) - część biotechnologiczna |   |   |   |
| Scenariusz II (dawstwo oocytów) - część kliniczna |   |   |   |
| Scenariusz II (dawstwo oocytów) - część biotechnologiczna |   |   |   |
| Scenariusz III (dawstwo zarodka) - część kliniczna |   |   |   |
| Scenariusz III (dawstwo zarodka) - część biotechnologiczna |   |   |   |
| Kriotransfer |   |   |   |
| Przechowywanie zarodków przez każdy kolejny rok (stawka roczna) |   |   |   |
| Łącznie |  |  |  |
| **Zabezpieczenie płodności na przyszłość** |
| Kwalifikacja - kobieta |   |   |   |
| Kwalifikacja - mężczyzna |   |   |   |
| Część kliniczno-biotechnologiczna - kobieta |   |   |   |
| Część kliniczno-biotechnologiczna - mężczyzna |   |   |   |
| Przechowywanie gamet przez każdy kolejny rok (stawka roczna) |   |   |   |
| Łącznie |  |  |  |
| Łącznie 2025 |  |  |  |
| **2026** | **Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego** |
| Kwalifikacja pary |   |   |   |
| Scenariusz I (gamety pary lub nasienie dawcy) - część kliniczna |   |   |   |
| Scenariusz I (gamety pary lub nasienie dawcy) - część biotechnologiczna |   |   |   |
| Scenariusz II (dawstwo oocytów) - część kliniczna |   |   |   |
| Scenariusz II (dawstwo oocytów) - część biotechnologiczna |   |   |   |
| Scenariusz III (dawstwo zarodka) - część kliniczna |   |   |   |
| Scenariusz III (dawstwo zarodka) - część biotechnologiczna |   |   |   |
| Kriotransfer |   |   |   |
| Przechowywanie zarodków przez każdy kolejny rok (stawka roczna) |   |   |   |
| Łącznie |  |  |  |
| **Zabezpieczenie płodności na przyszłość** |
| Kwalifikacja - kobieta |   |   |   |
| Kwalifikacja - mężczyzna |   |   |   |
| Część kliniczno-biotechnologiczna – kobieta |   |   |   |
| Część kliniczno-biotechnologiczna – mężczyzna |   |   |   |
| Przechowywanie gamet przez każdy kolejny rok (stawka roczna) |   |   |   |
| Łącznie |  |  |  |
| Łącznie 2026 |  |  |  |
| **2027** | **Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego** |
| Kwalifikacja pary |   |   |   |
| Scenariusz I (gamety pary lub nasienie dawcy) - część kliniczna |   |   |   |
| Scenariusz I (gamety pary lub nasienie dawcy) - część biotechnologiczna |   |   |   |
| Scenariusz II (dawstwo oocytów) - część kliniczna |   |   |   |
| Scenariusz II (dawstwo oocytów) - część biotechnologiczna |   |   |   |
| Scenariusz III (dawstwo zarodka) - część kliniczna |   |   |   |
| Scenariusz III (dawstwo zarodka) - część biotechnologiczna |   |   |   |
| Kriotransfer |   |   |   |
| Przechowywanie zarodków przez każdy kolejny rok (stawka roczna) |   |   |   |
| Łącznie |  |  |  |
| **Zabezpieczenie płodności na przyszłość** |
| Kwalifikacja - kobieta |   |   |   |
| Kwalifikacja - mężczyzna |   |   |   |
| Część kliniczno-biotechnologiczna – kobieta |   |   |   |
| Część kliniczno-biotechnologiczna – mężczyzna |   |   |   |
| Przechowywanie gamet przez każdy kolejny rok (stawka roczna) |   |   |   |
| Łącznie |  |  |  |
| Łącznie 2027 |  |  |  |
| **2028** | **Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego** |
| Kwalifikacja pary |   |   |   |
| Scenariusz I (gamety pary lub nasienie dawcy) - część kliniczna |   |   |   |
| Scenariusz I (gamety pary lub nasienie dawcy) - część biotechnologiczna |   |   |   |
| Scenariusz II (dawstwo oocytów) - część kliniczna |   |   |   |
| Scenariusz II (dawstwo oocytów) - część biotechnologiczna |   |   |   |
| Scenariusz III (dawstwo zarodka) - część kliniczna |   |   |   |
| Scenariusz III (dawstwo zarodka) - część biotechnologiczna |   |   |   |
| Kriotransfer |   |   |   |
| Przechowywanie zarodków przez każdy kolejny rok (stawka roczna) |   |   |   |
| Łącznie |  |  |  |
| **Zabezpieczenie płodności na przyszłość** |
| Kwalifikacja - kobieta |   |   |   |
| Kwalifikacja - mężczyzna |   |   |   |
| Część kliniczno-biotechnologiczna – kobieta |   |   |   |
| Część kliniczno-biotechnologiczna – mężczyzna |   |   |   |
| Przechowywanie gamet przez każdy kolejny rok (stawka roczna) |   |   |   |
| Łącznie |  |  |  |
| Łącznie 2028 |  |  |  |

**Część V – INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

1. **Oświadczenia**
2. Oświadczam, że ośrodek medycznie wspomaganej prokreacji i bank komórek rozrodczych i zarodków mieszczą się w tej samej lokalizacji;
3. Oświadczam, że posiadam aparaturę medyczną, o której mowa w części *IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych* Programu;
4. Oświadczam, że dysponuję odpowiednią kadrą medyczną, o której mowa w części *IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych* Programu;
5. Oświadczam, że zapewnię dostęp do świadczeń finansowanych w ramach niniejszego Programu pacjentom przez co najmniej 6 dni w tygodniu oraz stały nadzór embriologiczny nad laboratorium przez 7 dni w tygodniu. Zapewnię również możliwość wykonywania świadczeń w dni ustawowo wolne od pracy (w trybie dyżurnym), jeśli będzie tego wymagała sytuacja kliniczna pacjentów, będących uczestnikami Programu;
6. Oświadczam, że zapewnię uczestnikom Programu możliwość rejestracji telefonicznej i elektronicznej, oraz umożliwiam pacjentom kontakt telefoniczny z personelem medycznym przez 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę, mający na celu umożliwienie pilnej konsultacji z lekarzem z ośrodka w sprawach nagłych.
7. Oświadczam, że podmiot leczniczy, który reprezentuje, będzie prowadził dokumentację medyczną w postaci elektronicznej, również embriologiczną zapewniając możliwość cyfrowej archiwizacji obrazów.
8. **Informacja o prowadzonej działalności**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Podmiot leczniczy, który reprezentuję wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie położnictwa i ginekologii, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii** | **Tak** | **Nie** |
|   |   |

1. **Informacja o zasobach kadrowych oferenta**

**Doświadczenie lekarzy mających udzielać świadczeń w ramach Programu- stan na dzień składania oferty.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Tytuł lub stopień naukowy** | **specjalizacja w dziedzinie ginekologii i położnictwa** | **specjalizacja w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości**  | **Doświadczenie w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji (określone w latach lub miesiącach)**  |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

**Doświadczenie embriologów udzielających świadczeń w ramach Programu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Tytuł lub stopień naukowy** | **Specjalizacja w dziedzinie embriologii klinicznej lub wykształcenie medyczne, biologiczne lub biotechnologiczne** | **Posiada certyfikat embriologa klinicznego ESHRE, starszego embriologa klinicznego ESHRE lub embriologa klinicznego PTMRiE** | **Doświadczenie (określone w latach lub w miesiącach) w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji**  |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

\*Do tabeli należy dołączyć dodatkowo podpisane imieniem i nazwiskiem oświadczenia **każdej z osób wskazanej w tabeli,** o zgodzie na przetwarzanie przez Ministra Zdrowia jej danych osobowych do celów przeprowadzenia konkursu zgodnie z rozporządzeniem 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) (Dz. Urz. UE.L 119 z 4.05.2016, str. 1, Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2 oraz Dz. Urz. UE L 74 z 4.03.2021, str. 35), dalej zwanego „RODO”, przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz innymi przepisami szczególnymi regulującymi ochronę danych osobowych.

1. **Informacja o zasobach sprzętowych oferenta**

|  |
| --- |
| **Posiadana aparatura medyczna**  |
| **Rodzaj aparatury medycznej** | **Liczba** | **Nazwa handlowa wraz z numerem seryjnym** |
| ultrasonografy wyposażone w głowice przezpochwowe oraz prowadnice do punkcji pęcherzyków jajnikowych; |   |   |
| aparat anestezjologiczny do znieczuleń |   |   |
| inkubatory z możliwością kontroli stężenia CO2 i O2, przy czym liczba inkubatorów musi być dostosowana do liczby wykonywanych procedur punkcji lub rozmrożeń komórek jajowych, zarodków |   |   |
| komory laminarne zapewniające optymalną temperaturę blatu wymaganą przy pracy z komórkami rozrodczymi i zarodkami;  |   |   |
| mikroskopy stereoskopowe wyposażone w płyty grzejne zapewniające stałą temperaturę 37°C |   |   |
| mikroskopy odwrócone z kontrastem modulacyjnym wraz ze stołem lub podkładką antywibracyjną, wyposażone w pełny osprzęt do mikroiniekcji plemników oraz płytę grzejną ze stałą temperaturą 37°C |   |   |
| pojemniki do długotrwałego przechowywania materiału biologicznego w ciekłym azocie, umożliwiające przechowywanie komórek rozrodczych i zarodków |   |   |
| samoczynnie załączające się rezerwowe źródło energii |   |   |
| system nadzoru nad bezawaryjną działalnością sprzętu (inkubatorów i pojemników z ciekłym azotem),- monitoring elektroniczny lub monitorowanie przez personel. |   |   |

1. **Doświadczenie Oferenta**

|  |  |
| --- | --- |
| **Prowadzenie działalności ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji** | **Data, w której oferent uzyskał pozwolenia, o których mowa w art. 48 ust. 1 ustawy o leczeniu niepłodności** |
|   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba wykonanych cykli** | **Ośrodek wykonał 2023 roku następującą liczbę cykli (tj. punkcji jajników)** |
|   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ośrodek posiada doświadczenie z zakresu zabezpieczenia płodności na przyszłość u pacjentów onkologicznych** | Ośrodek nie realizował procedur z zakresu zabezpieczenia płodności na przyszłość. W przypadku braku realizacji, w kolumnie obok proszę wpisać wyrazy „nie realizował” |   |
| Ośrodek realizował procedury z zakresu zabezpieczenia płodności na przyszłość. W przypadku realizacji, w kolumnie obok proszę wskazać rok rozpoczęcia realizacji procedur w tym zakresie oraz latach, w których była realizowana procedura. |   |

1. **Odsetek ciąż klinicznych (za 2023 w populacji kobiet do 42. roku życia) w przeliczeniu na transfer zarodka**

|  |  |
| --- | --- |
| **Odsetek ciąż klinicznych w przeliczeniu na transfer zarodka *(podać wartość procentową)*** |   |

|  |
| --- |
| …………………………………………… |
| podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Oferenta |

**/dokument podpisany elektronicznie/**

1. W przypadku, jeżeli ofertę podpisuje osoba inna bądź są to osoby inne niż wskazane we właściwym dokumencie rejestrowym do reprezentacji Oferenta. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku przedsiębiorców będących osobami fizycznymi, oświadczenie o uzyskaniu wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo o dacie złożenia wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej zgodnie z treścią art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236). [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą, numer wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991, z pózn. zm.), zaś w przypadku, o którym mowa w art. 104 tej ustawy, kopia zawiadomienia, o którym mowa w tym przepisie, uwierzytelniona przez osobę albo osoby uprawnione do reprezentacji Oferenta, radcę prawnego albo adwokata. [↑](#footnote-ref-3)