



**Wniosek o skierowanie do Programu Polityki Zdrowotnej  
pn.: "Program polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego  
dla mieszkańców Gminy Miasta Tarnowa"**

Wnoskujemy o objęcie Nas dofinansowaniem zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego realizowanego w ramach programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Miasta Tarnowa.

DANE WNIOSKODAWCÓW	
<b>KOBIETA</b>	..... Imię i nazwisko
	<b>PESEL</b>
<b>Adres zamieszkania</b>	
<b>Telefon kontaktowy</b>	
<b>e-mail</b>	
<b>MĘŻCZYŻNA</b>	..... Imię i nazwisko
	<b>PESEL</b>
<b>Adres zamieszkania</b>	
<b>Telefon kontaktowy</b>	
<b>e-mail</b>	

My, niżej podpisani

Pacjentka	
Pacjent	

wnoskujemy o przyjęcie do udziału w Programie Polityki Zdrowotnej Gminy Miejskiej Tarnobrzeg pn. Program polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Miasta Tarnowa i oświadczamy, że:

1. zapoznaliśmy się i rozumiemy zapisy i treści Programu Polityki Zdrowotnej Gminy Miejskiej Tarnobrzeg na lata 2022-2026 „ Program polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Miasta Tarnowa”,

2. znamy i akceptujemy zasady finansowania procedury, w tym ceny poszczególnych badań, świadczeń zdrowotnych i usług,

3. zamieszkujemy w Tarnobrzegu tj. jesteśmy osobami fizycznymi mieszkającymi na terenie Tarnowa w rozumieniu Kodeksu cywilnego od 12 miesięcy w chwili aplikowania do Programu,



4. znamy i akceptujemy wysokość i zasady udzielanego przez Gminę dofinansowania do procedur określonych Programem oraz informacje o kosztach i obowiązkach, jakie będą po naszej stronie, nie będziemy w przyszłości wnosić jakichkolwiek roszczeń względem Gminy;

5. mamy świadomość i akceptujemy to, że Gmina w ramach Programu dofinansowuje parom jedną zindywidualizowaną procedurę medycznie wspomaganą reprodukcji i że warunkiem niezbędnym do wypłaty dofinansowania Gminy jest przeprowadzenie co najmniej wymienionych w Programie interwencji,

6. wyrażamy zgodę na pokrycie kosztów leczenia w kwocie przekraczającej dofinansowanie uzyskane na podstawie założeń Programu pn. „\*Program polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Miasta Tarnowa”,

7. jesteśmy świadomi tego i akceptujemy to, że ewentualne przechowywanie oocytów i/lub zarodków nie są kosztami finansowanymi przez Gminę i wyrażamy zgodę na samodzielne pokrycie wymienionych wyżej kosztów, w tym w szczególności kosztów przechowywania kriokonserwowanych zarodków powstałych w efekcie przeprowadzonej w ramach Programu procedury zapłodnienia pozaustrojowego oraz ich ewentualnych kriotransferów,

8. jesteśmy świadomi tego i akceptujemy to, że jeżeli procedura medycznie wspomaganą reprodukcji zakończy się na wcześniejszym etapie z przyczyn medycznych lub obiektywnych i niezależnych od pary, dofinansowanie Gminy obejmuje przeprowadzone do tego etapu elementy terapii, do wysokości 80% kosztów przy czym nie więcej niż 5000 zł brutto w przypadku procedury zapłodnienia pozaustrojowego,

9. jesteśmy świadomi i akceptujemy to, że będziemy zobowiązani do poniesienia kosztów ewentualnych kolejnych procedur zapłodnienia pozaustrojowego oraz kolejnych procedur adopcji zarodka, ponad te dofinansowywane na podstawie Programu,

10. zobowiązujemy się informować Ośrodek medycznie wspomaganą prokreacji KrakOvi Małopolski Instytut Diagnostyki i Leczenia Niepłodności, ul. Leona Wyczółkowskiego 14/6, 30-118 Kraków, o wynikach leczenia przeprowadzonego w ramach Programu, w szczególności o powodzeniu leczenia, przebiegu ciąży i porodu oraz sytuacji zdrowotnej dziecka po narodzinach, zgodnie z postanowieniami Programu,

11. spełniamy określone ustawą z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności warunki podjęcia terapii metodą zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego lub innego niż partnerskie lub przystąpienia do procedury dawstwa zarodka, w szczególności oświadczamy, że w okresie poprzedzającym zawarcie niniejszej Umowy przez okres nie krótszy niż 12 (słownie: dwanaście) miesięcy podejmowaliśmy leczenie niepłodności metodą inną niż zapłodnienie pozaustrojowe,

12. przedkładamy kopię posiadanej dokumentacji medycznej i badań umożliwiających kwalifikację do Programu, a w przypadku zakwalifikowania nas do Programu wyrażamy zgodę na włączenie tej dokumentacji do naszej dokumentacji medycznej prowadzonej przez Ośrodek,

13. wyrażamy zgodę na przekazanie naszych danych osobowych oraz danych medycznych zawartych w dokumentacji, o której mowa w pkt 13 i 14 zespołowi konsultacyjnemu w celu rozpatrzenia naszego wniosku oraz przeprowadzenia kwalifikacji do udziału w Programie zgodnie z jego postanowieniami, jak również wyrażamy zgodę na przekazywanie Gminie Miejskiej Tarnów złożonego przez nas wniosku.

14. zobowiązujemy się, iż po potwierdzeniu dofinansowania przez Gminę zawrzemy z Realizatorem Programu Kliniką KrakOvi Małopolski Instytut Diagnostyki i Leczenia Niepłodności, ul. Leona Wyczółkowskiego 14/6, 30-118 Kraków umowę w formie pisemnej, w sprawie realizacji Programu i zindywidualizowanej procedury medycznie wspomaganą reprodukcji, zgodnie z postanowieniami Programu,

15. oświadczamy iż nie jesteśmy obecnie uczestnikami innego Programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych lub nie uczestniczyliśmy w podobnym Programie finansowanym ze środków publicznych w ciągu ostatnich trzech lat.



PROJEKT FINANSOWANY  
Z BUDŻETU MIASTA TARNOWA

Oświadczamy, iż opisane wyżej zgody i zobowiązania składamy dobrowolnie będąc świadomymi, iż ich złożenie jest warunkiem obligatoryjnym uczestnictwa w Programie.

Data, czytelny podpis Pacjentki	Data, czytelny podpis Pacjenta
---------------------------------	--------------------------------

Data, podpis osoby odbierającej oświadczenia
--