

**WNIOSEK O UDZIAŁU
W 2022 ROKU W „GMINNYM PROGRAMIE LECZENIA NIEPŁODNOŚCI METODĄ
ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO DLA MIESZKAŃCÓW KRAKOWA”**

My niżej podpisani oświadczamy:

Pacjentką:

Nazwisko:

Imię:

Numer PESEL:

Nazwa i numer dokumentu tożsamości:

Obywatelstwo:

Adres miejsca zamieszkania

Kraj:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Ulica:

Pacjentem:

Nazwisko:

Imię:

Numer PESEL:

Nazwa i numer dokumentu tożsamości:

Obywatelstwo:

Adres miejsca zamieszkania

Kraj:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Ulica:

- 1) Znane są nam zasady finansowania procedury, w tym ceny poszczególnych badań, świadczeń zdrowotnych i usług;
- 2) Znana jest nam wysokość i zasady udzielanego przez Gminę dofinansowania do procedur określonych Programem oraz informacje o kosztach i obowiązkach jakie będą na nas nałożone po przystąpieniu do procedury dofinansowanej przez Gminę Miejska Kraków. Akceptujemy te ustalenia i nie będziemy w przyszłości wnosić jakichkolwiek roszczeń względem Gminy;
- 3) zapoznaliśmy się z Programem i w pełni akceptujemy jego założenia;
- 4) mamy świadomość i akceptujemy to, że Gmina w ramach Programu dofinansowuje nam jedną, zindywidualizowaną procedurę medycznie wspomaganą reprodukcji i że warunkiem niezbędnym do wypłaty dofinansowania Gminy jest przeprowadzenie co najmniej wymienionych w Programie interwencji (w zależności od rodzaju procedury i sytuacji klinicznej pary). Jeżeli procedura medycznie wspomaganą reprodukcji zakończy się na wcześniejszym etapie z przyczyn medycznych lub obiektywnych i niezależnych od nas, dofinansowanie Gminy obejmuje przeprowadzone do tego etapu elementy terapii, przy czym do wysokości 5 000 zł brutto - w przypadku procedury zapłodnienia pozaustrojowego oraz do wysokości 2 500 zł brutto - w przypadku procedury adopcji zarodka;
- 5) mamy świadomość tego i wyrażają zgodę na to, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Programie przed zakończeniem leczenia z przyczyn innych niż określone w pkt 4, a w



**15 LAT LECZENIA
ZE ZNAKIEM JAKOŚCI**

PROVITA spółka z o.o. z siedzibą w Katowicach, właściciel Centrum Medycznego Angelius Provita oraz Angelius Szpital.

NIP: 634 253 18 73 | REGON: 278227113 | KRS: 0000210083 | BDO: 000026588

Sąd Rejonowy w Katowicach – VII Wydział Gospodarczy KRS.

Kapitał zakładowy 60 000 PLN wpłacony w całości.

- szczególności niemedycznych, zobowiązani jesteśmy sfinansować leczenie z własnych środków, zgodnie z obowiązującym cennikiem placówki na dzień świadczenia usługi i dofinansowanie Gminy w takim przypadku nie przysługuje oraz nie zostanie wypłacone;
- 6) mamy świadomości że przysługuje nam prawo do rezygnacji z uczestnictwa w Programie na każdym jego etapie;
 - 7) zobowiązujemy się informować Podmiot o wynikach leczenia przeprowadzonego w ramach Programu, w szczególności o powodzeniu leczenia, przebiegu ciąży i porodu oraz o sytuacji zdrowotnej dziecka po narodzinach, zgodnie z postanowieniami Programu;
 - 8) świadomi jesteśmy i akceptujemy fakt, iż ewentualna kriokonserwacja komórek jajowych, oocytów i/lub zarodków oraz ich przechowywanie nie są kosztami finansowanymi przez Gminę i koszty te pokrywać będziemy zgodnie z aktualnym cennikiem placówki,
 - 9) wyrażamy zgodę na przekazywanie Gminie Miejskiej Kraków przez Podmiot danych dotyczących udziału w Programie (data rozpatrzenia wniosku, adres e-mail pary, numer PESEL kobiety i numer PESEL mężczyzny, adres zamieszkania kobiety, adres zamieszkania mężczyzny, potwierdzenie, że spełniamy określone ustawą oraz Programem warunki podjęcia terapii metodą zapłodnienia pozaustrojowego, informacja o wyrażeniu zgody na samodzielne pokrycie kosztów przechowywania kriokonserwowanych zarodków oraz ich ewentualnych kriotransferów, a także na ewentualne pokrycie kosztów kriokonserwacji oocytów, wskazanie procedury, do której zostaliśmy zakwalifikowani, wykaz badań, świadczeń zdrowotnych i usług wykonanych na naszą rzecz, koszt procedury z podziałem na dofinansowanie Gminy Miejskiej Kraków i nasz koszt) oraz wyników leczenia przeprowadzonego w ramach Programu (informacji o ciąży, informacji o tym, czy ciąża jest pojedyncza czy wielopłodowa, informacji o narodzinach, informacji o powikłaniach, w postaci zespołu hiperstymulacji, informacji o niepowodzeniu leczenia, informacji o przyczynach niepowodzeń procedur wykonanych w ramach Programu oraz ankiety o poziomie satysfakcji uczestników Programu).

Wyrażenie zgody na powyższe jest warunkiem obligatoryjnym uczestnictwa w Programie.

Potwierdzam iż do niniejszego oświadczenia wydano w 2 egzemplarzach kopia uchwały nr LIV/1480/21 z dnia 24 marca 2021r. wraz z załącznikiem stanowiącym opis Programu

Data i czytelny podpis Pacjentki

Data i czytelny podpis Pacjenta



**15 LAT LECZENIA
ZE ZNAKIEM JAKOŚCI**