

**WNIOSEK O UDZIAŁ W PROGRAMIE  
„Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla  
mieszkańców miasta Bytomia na lata 2023-2026 ” w 2024 roku.**

<b>Imię i Nazwisko Kobiety</b>	<b>Imię i Nazwisko Mężczyzny</b>
<b>Numer PESEL</b>	<b>Numer PESEL</b>
<b>Adres e-mail Pary</b>	

Wnioskując o udział w programie, oświadczamy, że:

- miejszem zamieszkania zarówno kobiety, jak i mężczyzny, jest miasto Bytom, oraz, że rozliczamy się z podatków w Urzędzie Skarbowym w Bytomiu, w okresie co najmniej 3 pełnych miesięcy poprzedzających dzień kwalifikacji do Programu,  
Adres zamieszkania kobiety: ....., \_\_-\_\_ Bytom,  
Adres zamieszkania mężczyzny: ....., \_\_-\_\_ Bytom;
- znamy zasady finansowania procedury, w tym ceny poszczególnych badań, świadczeń zdrowotnych i usług;
- znamy wysokość i zasady udzielanego przez Gminę dofinansowania do procedur określonych Programem oraz informacje o kosztach i obowiązkach, jakie będą po stronie pary, w pełni akceptujemy te ustalenia i nie będziemy w przyszłości wnosić jakichkolwiek roszczeń względem Gminy;
- zapoznaliśmy się z Programem i w pełni go akceptujemy;
- mamy świadomość i akceptujemy to, że Gmina w ramach Programu dofinansowuje parom do trzech, zindywidualizowanych procedur medycznych wspomaganą prokreacją i że warunkiem niezbędnym do wypłaty dofinansowania Gminy jest przeprowadzenie procedury zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet pary (dawstwo partnerskie). Jeżeli procedura medycznie wspomaganą prokreacją zakończy się na wcześniejszym etapie z przyczyn medycznych lub obiektywnych i niezależnych



**19 LAT LECZENIA  
ZE ZNAKIEM JAKOŚCI**

- od pary, dofinansowanie Gminy obejmuje przeprowadzone do tego etapu elementy terapii. Zakwalifikowane pary mogą skorzystać z maksymalnie 3 (trzech) prób zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego. Program obejmuje dofinansowanie w wysokości do 6.000,00 zł (słownie: sześć tysięcy złotych, 00/100) brutto, do jednej procedury biotechnologicznej, nie więcej niż 80% kosztów danej procedury;
6. mamy świadomość tego i wyrażają zgodę na to, że w przypadku rezygnacji przez parę z uczestnictwa w Programie przed zakończeniem leczenia, z przyczyn innych niż medyczne, a w szczególności niemedycznych, para zobowiązana jest sfinansować leczenie z własnych środków i dofinansowanie Gminy w takim przypadku nie przysługuje i nie zostanie wypłacone Podmiotowi świadczącemu parze usługę;
  7. wiemy, że mamy prawo do rezygnacji z uczestnictwa w Programie na każdym jego etapie;
  8. będziemy potwierdzać wykonanie przeprowadzonej procedury w ramach Programu na formularzu sprawozdawczym;
  9. będziemy 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;
  10. jesteśmy świadomi tego i akceptujemy to, że ewentualna kriokonserwacja komórek jajowych, oocytów i/lub zarodków oraz ich przechowywanie po zakończeniu Programu nie są kosztami finansowymi przez Gminę i koszty te pokrywają pary
  11. będziemy brać udział w działaniach edukacyjnych (pre-testy i post-test) i ewaluacyjnych;
  12. wyrażamy zgodę na przekazywanie Gminie Bytom przez Podmiot danych dotyczących udziału w Programie (data pozytywnego rozpatrzenia przez Podmiot złożonego przez parę wniosku, adres e-mail pary, numer PESEL kobiety i numer PESEL mężczyzny, adres zamieszkania kobiety, adres zamieszkania mężczyzny, potwierdzenie, że para spełnia określone ustawą oraz Programem warunki podjęcia terapii metodą zapłodnienia pozaustrojowego, wskazanie procedury, do której para została zakwalifikowana, wykaz badań, świadczeń zdrowotnych i usług wykonanych na rzecz pary, koszt procedury z podziałem na dofinansowanie Gminy Bytom i koszt własny pary) oraz wyników leczenia przeprowadzonego w ramach Programu (informacja o ciąży, informacja o tym, czy ciąża jest pojedyncza, czy wielopłodowa, informacja o narodzinach, informacja o powikłaniach w postaci zespołu hiperstymulacji u pacjentek, informacja o niepowodzeniu leczenia, informacja o przyczynach niepowodzeń procedur wykonanych w ramach Programu, poziom satysfakcji

uczestników Programu).

.....  
(miejsowość, data)

Podpis Kobiety.....

Podpis Mężczyzny .....



**19 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.