

.....
Miejscowość, data

**FORMULARZ KWALIFIKACJI DO
„GMINNEGO PROGRAMU LECZENIA NIEPŁODNOŚCI METODĄ ZAPŁODNIENIA
POZAUSTROJOWEGO DLA MIESZKAŃCÓW KRAKOWA”
W 2023 ROKU**

I. DANE PODMIOTU		
1.	Nazwa Podmiotu <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>	
2.	Adres siedziby Podmiotu <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>	
3.	Adres miejsca wykonywania Programu	
4.	Numer telefonu Podmiotu	
5.	Adres e-mail Podmiotu	

II. DANE PARY		
1.	Data pozytywnego rozpatrzenia przez Podmiot złożonego przez parę wniosku	
2.	Adres e-mail pary, na który Gmina Miejska Kraków przekaże informację o dofinansowaniu	
3.	Numer PESEL kobiety	
4.	Numer PESEL mężczyzny	

5.	Oświadczenie kobiety potwierdzające zamieszkanie na terenie Miasta Krakowa (proszę wpisać TAK lub NIE)
	-..... Kraków (proszę wpisać adres zamieszkania)
6.	Oświadczenie mężczyzny potwierdzające zamieszkanie na terenie Miasta Krakowa (proszę wpisać TAK lub NIE)
	-..... Kraków (proszę wpisać adres zamieszkania)
7.	Para spełnia określone ustawą oraz Programem (w tym spełnia kryteria włączenia i brak jest kryteriów wykluczających) warunki podjęcia terapii metodą zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego lub innego niż partnerskie, lub przystąpienia do procedury dawstwa zarodka (proszę wpisać TAK lub NIE)
8.	Para wyraziła zgodę na samodzielne pokrycie kosztów przechowywania kriokonserwowanych zarodków oraz ich ewentualnych kriotransferów a także na ewentualne pokrycie kosztów kriokonserwacji oocytów (proszę wpisać TAK lub NIE)
9.	Procedura, do której para została zakwalifikowana	procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie – dawstwo męskich komórek rozrodczych procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie – dawstwo żeńskich komórek rozrodczych procedura adopcji zarodka (proszę zaznaczyć właściwą pozycję)

Oświadczam, że niniejszy formularz jest składany zgodnie ze wszystkimi postanowieniami umowy zawartej z Gminą Miejską Kraków na realizację w 2023 roku programu polityki zdrowotnej pn. „Gminny Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa”.

Oświadczam, że zapoznano parę z Programem i wszystkimi wymogami i informacjami wymaganymi przez Gminę Miejską Kraków.

.....
Data, podpis/podpisy osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do kwalifikacji par do Programu