

do umowy na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Koszalina w latach 2024-2026”.

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Przystępując do udziału w **programie polityki zdrowotnej pn. „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Koszalina w latach 2024-2026”-zawnego dalej PPZ**

My niżej podpisani:

Imię i nazwisko (kobieta) .....

PESEL (kobieta)																				
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko (mężczyzna) .....

PESEL (mężczyzna)																				
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu .....adres e-mail.....

**oświadczamy, że**

- pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim\*,
- jesteśmy mieszkańcami Koszalina (min. od 1 roku) i zamieszkujemy pod wskazanym poniżej adresem:

ulica ..... nr domu .....

nr lokalu ....., kod pocztowy ..... KOSZALIN,

- rozliczamy się z podatków z Urzędem Skarbowym w Koszalinie (w załączeniu kopia pierwszej strony ostatniej deklaracji PIT),
- poddaliśmy się wcześniejszemu leczeniu niepłodności i wyczerpano inne metody leczenia prowadzone przez okres nie krótszy niż 12 miesięcy/ posiadamy bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego,
- ubiegamy się o dofinansowanie z budżetu Gminy Miasta Koszalin do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego realizowanego w ramach PPZ,
- **nie korzystaliśmy z dofinansowania z budżetu Gminy Miasta Koszalin do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego realizowanego w ramach PPZ u innego Realizatora,**
- wyrażamy zgodę na samodzielne pokrycie kosztów różnicy pomiędzy całkowitym kosztem procedury – obejmującym: badania laboratoryjne w tym badania kwalifikujące, badania hormonalne, dodatkowe konsultacje specjalistyczne, nadzór nad stymulacją mnogiego jajeczkowania, niezbędne badania infekcyjne i w kierunku innych chorób czy zaburzeń, koszty leków, a także – jeśli wystąpią wskazania – dodatkowych procedur (zabiegowych,

embriologicznych, diagnostycznych) oraz transferów kriokonserwowanych zarodków – a dofinansowaniem,

- wyrażamy zgodę na samodzielne pokrycie kosztów przechowywania kriokonserwowanych zarodków oraz ich ewentualnych kriotransferów,
- **zapoznaliśmy się i akceptujemy** warunki programu polityki zdrowotnej pn.: **„Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Koszalina w latach 2024-2026”**, w szczególności:
  - że uczestnikom programu przysługuje możliwość dofinansowania do dwóch dopuszczonych programem prób procedury medycznie wspomaganej prokreacji (druga próba może zostać wszczęta po wykorzystaniu wszystkich zarodków z 1 próby) do wysokości łącznie 10 000,00 zł za obie próby,
  - że z dniem uruchomienia rządowego programu dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro, Gmina Miasto Koszalin zaprzestaje realizacji niniejszego programu i dofinansowania procedur medycznych nim objętych; w takim przypadku dofinansowaniem objęte zostaną wyłącznie interwencje podjęte do dnia poprzedzającego dzień uruchomienia rządowego programu dofinansowania.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis - kobieta)

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis - mężczyzna)

\*– właściwe podkreślić