



Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii

www.ptmrie.org.pl

e-mail: ptmrie@ptmrie.org.pl

tel.: 22 566 80 08

WNIOSEK O CERTYFIKACJĘ PTMRIE

**OŚRODEK MEDYCZNIE WSPOMAGANEJ PROKREACJI POSIADAJĄCY W SWOICH STRUKTURACH BANK
KOMÓREK ROZRODCZYCH I ZARODKÓW**

1. DANE PLACÓWKI UBIEGAJĄCEJ SIĘ O CERTYFIKAT

Pełna nazwa Ośrodka:

Adres siedziby:

Miejsce prowadzenia działalności objętej wnioskiem:

.....

Numer wpisu w Rejestrze Ośrodków i Banków Komórek Rozrodczych i Zarodków (ROIB):

.....

Numer telefonu / adres e-mail:

Osoba do kontaktu:

Numer pozwolenia Ministra Zdrowia:

Data wydania / ważność pozwolenia:

2. OŚWIADCZENIE OŚRODKA

Oświadczam, że **[pełna nazwa Ośrodka]** spełnia kryteria certyfikacji Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii (PTMRIE) określone w obowiązujących **Zasadach Certyfikacji PTMRIE**.

Ośrodek oświadcza, że:

- ☐ prowadzi działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- ☐ posiada w swojej strukturze Bank Komórek Rozrodczych i Zarodków;
- ☐ jest członkiem korporacyjnym PTMRIE od co najmniej 1 roku;



Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii

www.ptmrie.org.pl

e-mail: ptmrie@ptmrie.org.pl

tel.: 22 566 80 08

- ☐ posiada aktualne pozwolenie Ministra Zdrowia;
- ☐ wykonuje minimum 120 cykli rocznie;
- ☐ raportuje dane do PTMRIE / EIM ESHRE;
- ☐ zatrudnia lekarzy i embriologów spełniających wymagania określone w Zasadach Certyfikacji PTMRIE;
- ☐ prowadzi monitoring wskaźników jakości i bezpieczeństwa (KPI);
- ☐ spełnia pozostałe wymagania określone w Zasadach Certyfikacji PTMRIE.

3. OŚWIADCZENIE KOŃCOWE

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe i kompletne.

Oświadczam, że Ośrodek spełnia kryteria certyfikacji PTMRIE oraz zobowiązuje się do przestrzegania zasad certyfikacji obowiązujących w Polskim Towarzystwie Medycyny Rozrodu i Embriologii.

Ośrodek akceptuje przeprowadzenie przez Komisję Certyfikacyjną PTMRIE weryfikacji formalnej i merytorycznej spełnienia kryteriów certyfikacji.

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania Ośrodka:

.....

Stanowisko:

Podpis i pieczęć Ośrodka: