Załącznik Nr 1
do szczegółowych warunków konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn. „Kajtek - program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Miasta Suwałki w latach 2023-2025”
/zał. Nr 1 do zawieranej umowy/

Pieczątka firmowa oferenta

FORMULARZ OFERTOWY
na realizację w latach 2023-2025 programu polityki zdrowotnej pn. „Kajtek - program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Miasta Suwałki w latach 2023-2025”.

I. INFORMACJE O OFERENCIE:		
1.	Pełna nazwa oferenta zgodnie z dokumentem rejestrowym:	
2.	Forma organizacyjna:	
3.	Adres siedziby:	
4.	REGON:	
5.	NIP:	
6.	Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i organ prowadzący rejestr:	
7.	Nr wpisu w rejestrze Ośrodków Medycznie Wspomaganej Prokreacji i Banków Komórek Rozrodczych i Zarodków:	
8.	Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub CEIDG:	
9.	Kierownik podmiotu leczniczego (imię i nazwisko, nr tel., e-mail):	
10.	Osoba/y upoważniona/e do reprezentowania i dokonywania zobowiązań finansowych (zawierania umów) w imieniu podmiotu (imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail):	
11.	Osoba odpowiedzialna za realizację Programu (imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail):	

12.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania (imię i nazwisko, nr tel., e-mail):	
13.	Nazwa banku i nr rachunku bankowego:	

II. OPIS PROPONOWANEJ REALIZACJI PROGRAMU:

1. Szczegółowy opis realizacji Programu uwzględniający specyfikę Programu (m. in. populacja kobiet objęta programem (wiek/rocznik); liczba par objętych Programem (osobno dla roku 2023, 2024 oraz 2025); rodzaj i zakres świadczeń polegających na leczeniu niepłodności; deklarowaną liczbę procedur zapłodnienia pozaustrojowego, którą Oferent może zrealizować kolejno w latach: 2023, 2024, 2025 w ramach Programu).

2. Informacje o sprzęcie medycznym do realizacji Programu, którym dysponuje Oferent.

3. Kwalifikacje personelu biorącego udział w realizacji Programu.

Lp.	Imię i Nazwisko	Zakres obowiązków i sposób zaangażowania przy realizacji oferty	Wykształcenie, kwalifikacje, kompetencje i doświadczenie w wykonywaniu zadań będących przedmiotem zadania

4. Informacja o ewentualnych podwykonawcach biorących udział przy realizacji Programu.

5. Sposób organizacji kampanii informacyjno-edukacyjnej (rodzaj działań/liczba działań, liczba uczestników).

6. Miejsce wykonywania Programu z uwzględnieniem podwykonawców biorących udział przy realizacji Programu, dokładny adres, telefon, adres mailowy (m.in. zasady udziału/rejestracji beneficjentów w Programie, dni i godziny realizacji Programu).

7. Harmonogram planowanych działań (z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia).

8. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju (ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną).

III. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU:

1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów:

Rok	Rodzaj kosztów*	Liczba planowanych jednostek	Koszt jednostkowy (w zł brutto)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł brutto)	Wnioskowana wysokość dofinansowania z budżetu Miasta** (w zł brutto)
2023	1.Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego, w tym: - …….. - ……..		1. …… zł, w tym: - ……. zł, - ……. zł,			
	2. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie (z wykorzystaniem żeńskich komórek rozrodczych), w tym: - …….. - ……..		2. …… zł, w tym: - ……. zł, - ……. zł,			
	3. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie (z wykorzystaniem nasienia dawcy), w		3. …… zł, w tym: - ……. zł, - ……. zł,			

	tym: - …….. - …….. 4. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach procedury adopcji zarodka, w tym: - …….. - …….. 5. Kriokonserwacja komórek jajowych u pacjentek z odroczoną płodnością przed leczeniem gonadotoksycznym lub zagrożonych utratą płodności z powodu choroby, w tym: - …….. - ……..		4. …… zł, w tym: - ……. zł, - ……. zł, 5. …… zł, w tym: - ……. zł, - ……. zł,			
2024	1.Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego, w tym: - …….. - …….. 2. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie (z wykorzystaniem żeńskich komórek rozrodczych), w tym: - …….. - …….. 3. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie (z wykorzystaniem nasienia dawcy), w tym:		1. …… zł, w tym: - ……. zł, - ……. zł, 2. …… zł, w tym: - ……. zł, - ……. zł, 3. …… zł, w tym: - ……. zł, - ……. zł,			

	- …….. - …….. 4. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach procedury adopcji zarodka, w tym: - …….. - …….. 5. Kriokonserwacja komórek jajowych u pacjentek z odroczoną płodnością przed leczeniem gonadotoksycznym lub zagrożonych utratą płodności z powodu choroby, w tym: - …….. - ……..		4. …… zł, w tym: - ……. zł, - ……. zł, 5. …… zł, w tym: - ……. zł, - ……. zł,			
2025	1.Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego, w tym: - …….. - …….. 2. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie (z wykorzystaniem żeńskich komórek rozrodczych), w tym: - …….. - …….. 3. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie (z wykorzystaniem nasienia dawcy), w tym: - ……..		1. …… zł, w tym: - ……. zł, - ……. zł, 2. …… zł, w tym: - ……. zł, - ……. zł, 3. …… zł, w tym: - ……. zł, - ……. zł,			

	- …….. 4. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach procedury adopcji zarodka, w tym: - …….. - …….. 5. Kriokonserwacja komórek jajowych u pacjentek z odroczoną płodnością przed leczeniem gonadotoksycznym lub zagrożonych utratą płodności z powodu choroby, w tym: - …….. - ……..		4. …… zł, w tym: - ……. zł, - ……. zł, 5. …… zł, w tym: - ……. zł, - ……. zł,			
OGÓŁEM						

* z wyszczególnieniem poszczególnych kosztów składających się na jedną pełną procedurę
** dofinansowanie do wysokości 80% łącznie nie więcej niż 7.300,00 zł dla jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego oraz do 7 000,00 zł do procedury biotechnologicznej polegającej na witryfikacji komórek jajowych u pacjentek przed leczeniem gonadotoksycznym;

2. Koszt jednostkowy pary

L.p.	Rodzaj procedury	Kwota dopłaty wnoszona przez pary*** (w zł brutto)	% dopłaty wnoszonej przez pary w całkowitej kwocie procedury (jednostkowej)
1.	Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego	……..…. zł	…….. %
2.	Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie (z wykorzystaniem żeńskich komórek rozrodczych)	……..…. zł	…….. %
3.	Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie (z wykorzystaniem dawcy nasienia)		

		……..…. zł	…….. %
4.	Procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach procedury dawstwa zarodka	……..…. zł	…….. %
5.	Kriokonserwacja komórek jajowych u pacjentek z odroczoną płodnością przed leczeniem gonadotoksycznym lub zagrożonych utratą płodności z powodu choroby.	……..…. zł	…….. %

***różnica pomiędzy całkowitym kosztem procedury a kwotą dofinansowania Miasta Suwałki

3. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:
.....
.....
.....

4. Przewidywane źródła finansowania Programu**:**

Źródło finansowania	**zł**	**%**
Kwota dofinansowania		
Finansowe środki własne, środki z innych źródeł oraz wpłaty i opłaty adresatów (z tego wpłaty i opłaty adresatów zadania .....zł)		
Ogółem:		

Załączniki**:**

1) aktualny wydruk/odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,

2) aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę oraz umocowaniu osób go reprezentujących, które podpisały ofertę,

3) pozwolenie Ministra Zdrowia na prowadzenie Ośrodka medycznie wspomaganej prokreacji,

4) aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującą zakres realizacji Programu;

5) kserokopię(e) umowy (ów) zawartej(ych) z podwykonawcą(i) – jeśli dotyczy;

6) wypełnione i podpisane przez osoby uprawnione oświadczenie Oferenta stanowiące Załącznik nr 2 do Szczegółowych warunków konkursu ofert.

**** Wszystkie dokumenty załączone do oferty powinny zostać przedstawione w wersji oryginalnej lub formie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta

.....
(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta)