Pieczątka firmowa oferenta

### **OFERTA**

### **(wzór)**

**na realizację w latach 2024-2026 Programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców Gminy Jelcz-Laskowice**

**w latach 2024-2026”.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *I. INFORMACJE O OFERENCIE:* | | |
| 1. | Pełna nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej |  |
| 2. | Adres wraz z kodem pocztowym, telefon, adres e-mail |  |
| 3. | Nazwa podmiotu tworzącego |  |
| 4. | Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i organ prowadzący rejestr |  |
| 5. | Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego rejestru/ewidencji |  |
| 6. | NIP |  |
| 7. | REGON |  |
| 8. | Osoba upoważniona do składania wyjaśnień w sprawie oferty (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| 9. | Osoba odpowiedzialna za realizację zadania (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| 10. | Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie zadania  (imię i nazwisko, nr tel., fax) |  |
| 11. | Nazwa banku i nr rachunku |  |

**II. OPIS PROPONOWANEJ REALIZACJI PROGRAMU:**

|  |
| --- |
| 1. Szczegółowy opis realizacji programu uwzględniający specyfikę programu (m. in. populacja objęta programem (wiek/rocznik), liczba osób objętych Programem (osobno dla roku 2024, 2025, 2026), rodzaj i zakres świadczeń, kwalifikacje personelu biorącego udział przy realizacji Programu). |
|  |
| 2. Sposób organizacji kampanii informacyjno-edukacyjnej (rodzaj działań/liczba działań, liczba uczestników). |
|  |
| 3. 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). |
|  |
| 4. Informacje o sprzęcie medycznym do realizacji Programu, którym dysponuje Oferent (wkład rzeczowy bez wyceny – nie należy wykazywać w kosztorysie). |
|  |
| 5. Zasoby kadrowe przewidywane do realizacji Programu (wykaz osób zatrudnionych przy realizacji Programu wraz z kompetencjami zapewniającymi wykonanie zadań oraz zakres ich obowiązków, doświadczenie w pracy w tym podmiocie medycznym) |
|  |
| 6. Harmonogram planowanych działań (z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia). |
|  |
| 7. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju (ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną). |
|  |
| 8.Monitorowanie i ewaluacja Programu (sposób monitorowania i opis zastosowanych narzędzi) |
|  |
| 9. Zakładane rezultaty (w jakim stopniu realizacja zadań przyczyni się do osiągnięcia celu Programu) |
|  |

**III. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU:**

## 1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok | Rodzaj kosztów | Liczba planowanych jednostek | Koszt jednostkowy | Rodzaj miary | Koszt całkowity (w zł) | Wnioskowana wysokość dofinansowania  z budżetu Gminy Jelcz-Laskowice (w zł) | Z innych źródeł  (w tym opłaty od uczestników) |
| 2024 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2025 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2026 |  |  |  |  |  |  |  |
| OGÓŁEM | |  |  |  |  |  |  |

\*Rodzaje kosztów winny być zgodne z ogłoszeniem konkursowym i warunkami konkursu

2. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

3. 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. ..........................
2. ..........................
3. ..........................

........................................................................................................

(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta)

............................................

Pieczątka firmowa oferenta

**Pełna nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą**: ................................................

.......................................................................................................................................................

Adres wraz z kodem pocztowym: ................................................................................................

### **Oświadczenia oferenta**

Oferent oświadcza, że na dzień złożenia oferty:

1. w stosunku do Oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych, a w stosunku do osób uprawnionych do reprezentowania Oferenta nie orzeczono zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie są one karane za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
2. jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym   
   i rzeczowym;
3. spełnia wymagania określone w przepisach odrębnych, w szczególności w ustawie z dnia   
   25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności;
4. dysponuje odpowiednią doświadczoną kadrą oraz aparaturą i posiada odpowiednie warunki   
   do prowadzenia leczenia;
5. posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym dla realizacji zadania;
6. realizuje Europejski program monitoringu wyników leczenia metodami zapłodnienia pozaustrojowego – European IVF Monitoring (EIM) i raportuje dane do europejskiego raportu ESHRE;
7. w trakcie leczenia stosuje wytyczne zawarte w Algorytmach Diagnostyczno-Leczniczych   
   w Niepłodności, opracowane przez Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Sekcję Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego;
8. w ciągu ostatnich 3 latach wykonał co najmniej 150 procedur zapłodnienia pozaustrojowego rocznie i prowadzi działalność od co najmniej 3 lat;
9. zapoznał się z treścią ogłoszenia.

………..……………………………….

czytelne podpisy i pieczątki  
 osób uprawnionych   
do reprezentowania oferenta