#### Załącznik nr 3

#### do uchwały Nr VI/2/24

Zarządu Powiatu Zduńskowolskiego

` z dnia 09 stycznia 2024 r.

**OFERTA**

#### na realizację Programu polityki zdrowotnej pn. Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Powiatu Zduńskowolskiego na lata 2024-2026

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA WPŁYWU**  **(Starostwo Powiatowe w Zduńskiej Woli)** | |  | |
| **I. DANE PODMIOTU** | | | |
| **1.** | **Nazwa podmiotu składającego ofertę** |  | |
| **2.** | **Nazwiska, imiona oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu składającego ofertę** |  | |
| **3.** | **Adres siedziby podmiotu** |  | |
| **4.** | **Adres do korespondencji** |  | |
| **5.** | **Numer telefonu kontaktowego** |  | |
| **6.** | **E-mail, adres strony internetowej** |  | |
| **7.** | **Forma prawna** |  | |
| **8.** | **NIP** |  | |
| **9.** | **REGON** |  | |
| **10.** | **Numer wpisu do rejestru sądowego lub innego rejestru/ewidencji** |  | |
| **11.** | **Nr wpisu do rejestru ośrodków medycznie wspomaganej prokreacji i banków komórek rozrodczych i zarodków prowadzonego przez Ministra Zdrowia** |  | |
| **11.** | **Nazwa banku i nr rachunku bankowego podmiotu składającego ofertę** |  | |
| **12.** | **Osoba upoważniona do składania wyjaśnień dotyczących oferty (imię i nazwisko, funkcja oraz numer telefonu kontaktowego)** |  | |
| **12.** | **Przedmiot działalności statutowej** |  | |
| **13.** | **Jeżeli podmiot prowadzi działalność gospodarczą** | **Numer wpisu w rejestrze przedsiębiorców** | **Przedmiot działalności gospodarczej** |
|  |  |

**II. SZCZEGÓŁOWY OPIS REALIZACJI PROGRAMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Termin i miejsce realizacji Programu** (należy podać dokładny adres z kodem pocztowym z uwzględnieniem podwykonawców- jeśli dotyczy) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | **Szczegółowy opis realizacji Programu uwzględniający jego specyfikę** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | **Zasady udziału i rekrutacji/kwalifikacji Uczestników do programu** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.** | **Deklarowana liczba procedur zapłodnienia pozaustrojowego, którą oferent może zrealizować w ramach zadania w latach 2024-2026** |
|  |  |

**III. HARMONOGRAM DZIAŁAŃ W ZAKRESIE REALIZACJI PROGRAMU**

(należy opisać działania w kolejności chronologicznej z określeniem miejsca ich realizacji oraz planowanych terminów ich rozpoczęcia i zakończenia)

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa działania | Planowany termin i miejsce działania |
|  |  |
|  |  |

**IV. SPOSÓB ORGANIZACJI KAMPANII, DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE** (należy wpisać rodzaj działań)

|  |
| --- |
|  |

**VI. INFORMACJA O POSIADANYCH ZASOBACH RZECZOWYCH ORAZ ZASOBIE KADROWYM**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Zasoby rzeczowe** (wpisać np. lokal, sprzęt, materiały przewidywane do wykorzystania przy realizacji Programu – należy opisać, ale nie uwzględniać ich w kosztorysie) |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **Zasoby kadrowe** (wykaz osób zatrudnionych przy realizacji Programu wraz z ich kompetencjami zapewniającymi wykonanie zadań, zakresem obowiązków, doświadczeniem w pracy w podmiocie składającym niniejszą ofertę oraz harmonogramem prac przy realizacji Programu) | | | |
| **Lp.** | **Wykształcenie** | **Kwalifikacje** | **Zakres czynności i zadań** | **Harmonogram prac** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | **Informacja o ewentualnych podwykonawcach biorących udział przy realizacji Programu wraz z dołączoną kserokopią umowy(ów) zawartej(ych)  z podwykonawcą(ami) – jeśli dotyczy;** |
|  | |

**VII. INFORMACJA MERYTORYCZNA I FINANSOWA NA TEMAT PRZEPROWADZONYCH PROCEDUR PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO OFERTĘ,   
W TYM WSKAZANIE LICZBOWE WYKONANYCH PROCEDUR W OKRESIE OSTATNICH 3 LAT DZIAŁALNOŚCI NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO**

|  |
| --- |
|  |

**VIII. KOSZTORYS REALIZACJI PROGRAMU**

(musi być spójny z harmonogramem planowanych działań)

## Kosztorys realizacji Programu w

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj procedury | Liczba planowanych jednostek | Koszt jednostkowy  (w zł) | Koszt całkowity  (w zł) | Koszt procedury finansowany z budżetu Powiatu Zduńskowolskiego  (w zł) |
| **ROK 2024** | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. 2. |  |  |  |  |  |
| 1. 3. |  |  |  |  |  |
| **ROK 2025** | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **ROK 2026** | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu**

|  |
| --- |
|  |

Załączniki do oferty:

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 (ważny 3 miesiące od daty uzyskania),

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

4) zaświadczenie Krajowego reprezentanta EIM w Polsce – członka PTMRiE o raportowaniu wyników leczenia niepłodności w ramach programu European IVF Monitoring (EIM) do europejskiego raportu ESHRE,

5) informację merytoryczną i finansową nt. przeprowadzonych procedur podmiotu składającego ofertę, w tym wskazanie liczbowe wykonanych procedur w okresie ostatnich 3 lat działalności na terenie województwa łódzkiego,

6) dokumenty potwierdzające wykształcenie medyczne, biologiczne lub biotechnologiczne, a w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji -osoby wykonującej zawód medyczny - dokumenty potwierdzające posiadanie specjalizacji w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń polegających na leczeniu niepłodności oraz dokumenty potwierdzające prawo do wykonywania zawodu,

7) kserokopię(e) umowy (ów) zawartej(ych) z podwykonawcą(i) – jeśli dotyczy,

8) pisemne wyrażenie zgody na przetwarzanie przez Powiat Zduńskowolski danych osobowych, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679   
z dnia 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO oraz ewentualne udostępnienie tych danych wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

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.

........................................... …..........................................................................................

(pieczęć podmiotu) (data i podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób

upoważnionych do składania oświadczeń woli

w imieniu podmiotu składającego ofertę)

Pouczenie:

• Ofertę należy wypełnić wyłącznie w białych pustych polach