

OFERTA

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

DATA WPLYWU (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 wspomaganey 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 OFERTE, 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)

1. 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.					
3.					
ROK 2025					
1.					
2.					
3.					
ROK 2026					
1.					
2.					
3.					

2. 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 wspomaganą prokreacją,
- 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 wspomaganą 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