**Załącznik Nr 2**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(pieczęć podmiotu leczniczego)

**OFERTA**

**NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

w trybie art. 48 i art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 ze zm.)

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

(nazwa programu zgodna z ogłoszeniem konkursowym )

w okresie od ........................ do ...........................

***W FORMIE***

***WSPARCIA FINANSOWEGO***

***PRZEZ***

***GMINĘ PIASECZNO***

***NA ŁĄCZNĄ KWOTĘ WSPÓŁFINANSOWANIA***

***PRZEZ GMINĘ PIASECZNO :*** *..................................................................... zł ( brutto)*

* 1. **I. DANE NA TEMAT PODMIOTU**

1. NAZWA PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej )*

1. DOKŁADNY ADRES

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

TEL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAX.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ http://\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. FORMA PRAWNA

…………………………………………………………………………………………...

1. NUMER WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW LECZNICZYCH I ORGAN PROWADZĄCY REJESTR

…………………………………………………………………………………………...

1. NUMER WPISU DO REJESTRU SĄDOWEGO LUB INNEGO REJESTRU/EWIDENCJI

…………………………………………………………………………………………..

1. NUMER NIP

…………………………………………………………………………………………...

1. NUMER REGON

…………………………………………………………………………………………

1. NAZWA BANKU I NR RACHUNKU

………………………………………………………………………………………

1. NAZWISKA I IMIONA OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO PODPISYWANIA UMOWY NA REALIZACJĘ PROGRAMU ZDROWOTNEGO

…………………………………………………………………………………………..

1. KOORDYNATOR PROGRAMU (IMIĘ, NAZWISKO, FUNKCJA, NR TELEFONU KONTAKTOWEGO, E-MAIL) *(jeśli dotyczy)*

………………………………………………………………………………………….

**II INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE O REALIZACJI PROGRAMU**

1. MIEJSCE REALIZACJI PROGRAMU

*(nazwa i dokładny adres)*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

1. DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI ZADAŃ ZWIĄZANYCH Z LECZENIEM NIEPŁODNOŚCI METODĄ ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO

*(ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną)*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………*

1. GRUPA DOCELOWA ZADANIA

*(Należy określić liczbowo planowaną grupę odbiorców zadania. Liczba odbiorców powinna być adekwatna do zdefiniowanych celów projektu i rozpoznanego problemu. Jej liczebność powinna być oszacowana rzetelnie do czasu trwania Programu.)*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………*

1. SPOSÓB NABORU DO PROGRAMU

*(Należy opisać w jaki sposób realizator planuje dokonać naboru beneficjentów do Programu)*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………*

1. SZCZEGÓŁOWY OPIS ZADAŃ PROGRAMU ORAZ SPOSÓB ICH REALIZACJI

*(Należy szczegółowo opisać wszystkie zadania, które będą realizowane w ramach Programu. Zadania powinny być adekwatne do liczebności i specyfiki grupy docelowej oraz zaplanowanych celów Programu. Opis poszczególnych zadań powinien być spójny z przedstawionym harmonogramem i kosztorysem.)*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………….*

1. PROMOCJA PROGRAMU-DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE

*( Należy wypełnić w przypadku planowania działań promocyjnych, informacyjno-edukacyjnych tj. audycje w radio i telewizji, plakaty, ulotki itp.)*

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

1. HARMONOGRAM ZADAŃ PROGRAMU

*(Harmonogram planowanych działań należy opisać w kolejności chronologicznej z precyzyjnym określeniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia )*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

1. MONITOROWANIE I EWALUACJA PROGRAMU

*(Należy określić sposób monitorowania oraz opis narzędzi ewaluacyjnych)*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

1. ZAKŁADANE REZULTATY

*( Należy przedstawić w jakim stopniu realizacja zadań Programu przyczyni się do osiągnięcia celów Programu.)*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………….*

1. 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, harmonogram prac wykazanego personelu)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *imię i nazwisko* | *Nr prawa wykonywania zawodu* | *Kwalifikacje, tytuł lub stopień naukowy* | *Zakres czynności i  zadań Programu* | *Harmonogram prac personelu* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ W CIAGU TYGODNIA (GODZINY REALIZACJI)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejsce i termin rejestracji par w ramach Programu | Dzień tygodnia | Godziny od - do | Telefon kontaktowy |
|  | Poniedziałek |  |  |
|  | Wtorek |  |  |
|  | Środa |  |  |
|  | Czwartek |  |  |
|  | Piątek |  |  |
|  | Sobota |  |  |
|  | Niedziela |  |  |

1. INFORMACJE O ZAPEWNIENIU RÓWNEGO TRAKTOWANIA WSZYSTKICH UCZESTNIKÓW, W TYM DOSTĘPNOŚCI DLA OSÓB ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**III KALKULACJA KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU**

1. DEKLAROWANA LICZBA PROCEDUR ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO WYKONANYCH W RAMACH REALIZACJI PROGRAMU W ROKU:

• 2023 ROKU:

• 2024 ROKU:

• 2025 ROKU:

1. WYSOKOŚĆ WNIOSKOWANYCH ŚRODKÓW FINANSOWYCH W RAMACH DOFINANSOWANIA PROGRAMU:
2. w 2023 roku………………………………… (słownie………………….. w zł brutto)……..
3. w 2024 roku………………………………… (słownie………………….. w zł brutto)……..
4. w 2025 roku………………………………… (słownie………………….. w zł brutto)……..
5. KOSZTORYS WYKONANIA ZADANIA
6. w 2023 ROKU

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj kosztów \* | Ilość jednostek | Koszt jednostkowy (zł) | Rodzaj miary | Koszt całkowity  (w zł) |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| SUMA | |  |  |  |  |

\*zgodnie z ogłoszeniem konkursowym i Programem.

1. w 2024 ROKU

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj kosztów \* | Ilość jednostek | Koszt jednostkowy (zł) | Rodzaj miary | Koszt całkowity  (w zł) |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| SUMA | |  |  |  |  |

\*zgodnie z ogłoszeniem konkursowym i Programem.

1. w 2025 ROKU

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj kosztów \* | Ilość jednostek | Koszt jednostkowy (zł) | Rodzaj miary | Koszt całkowity  (w zł) |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| SUMA | |  |  |  |  |

\*zgodnie z ogłoszeniem konkursowym i Program

1) UWAGI , KTÓRE MOGĄ MIEĆ ZNACZENIE PRZY OCENIE KOSZTORYSU:

……………………………………………………………………………………………………………………………

*(podpis i pieczęć osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych*

*do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)*

Data rok

**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* (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz.442);
4. posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym do realizacji zadania;
5. realizuje Europejski Program Monitoringu wyników leczenia metodami zapłodnienia pozaustrojowego European IVF Monitoring (EIM) i raportuje dane do Europejskiego Raportu ESHRE;
6. w trakcie leczenia stosuje wytyczne zawarte w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników;
7. dysponuje wykształconą i doświadczoną kadrą oraz aparaturą, a także posiada odpowiednie warunki do prowadzenia leczenia,
8. akceptuje posiadane przez pary wyniki badań laboratoryjnych, finansowane w ramach NFZ lub  z innych źródeł, które zostały wykonane przed przystąpieniem do programu - ważne do 6 miesięcy od daty ich wykonania.
9. Zapoznał się treścią ogłoszenia konkursu ofert.
10. Jest świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia,

*(podpis i pieczęć osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych*

*do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)*

Data rok