Załącznik Nr 1

do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

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

Miejscowość, data

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Konkurs ofert na realizatora/realizatorów Programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Kielce**, **zwanego dalej „programem”**

1. **Dane Oferenta**

Nazwa Oferenta: ........................................................................................................................

Adres siedziby:…………………………………..........................................................................

REGON:.....................................................................................................................................

NIP: ...........................................................................................................................................

Imię i nazwisko osoby do kontaktu:............................................................................................

Nr telefonu kontaktowego:...........................................................................................................

Adres e-mail:.................................................................................................................................

Nr rachunku bankowego: ………………………………………………………………………….....

Nazwa organu rejestrowego: .........................................................................................................

Nr księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:..............................................................................

Nr księgi rejestrowej w rejestrze Ośrodków Medycznie Wspomaganej Prokreacji i Banków Komórek Rozrodczych i Zarodków:………………………………………………………………....

1. **Kalkulacja kosztów**

1) Koszty jednostkowe brutto usług w ramach **procedury zapłodnienia pozaustrojowego** x liczba usług przewidzianych w programie do dofinansowania w ramach jednej procedury:

a) porada lekarska: ………. zł x 8[[1]](#footnote-1)) = ………… zł,

b) badanie USG w celu oceny procesu stymulacji jajeczkowania: ………. zł x 41)= ………… zł,

c) badanie estradiolu w celu oceny endokrynnej funkcji rozwijających się pęcherzyków Graafa: ………. zł x 41) = ………… zł,

d) badanie progesteronu w celu oceny endokrynnej funkcji rozwijających się pęcherzyków Graafa: ………. zł x 11) = ………… zł,

e) punkcja jajników w celu pobrania komórek jajowych: ………. zł x 11)= ………… zł,

f) znieczulenie anestezjologiczne: ………. zł x 11)= ………… zł,

g) badanie zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2015 r. w sprawie wymagań zdrowotnych dla kandydata na dawcę komórek rozrodczych w celu dawstwa partnerskiego i dawstwa innego niż partnerskie oraz dla biorczyni komórek rozrodczych i zarodków oraz szczegółowych warunków pobierania komórek rozrodczych w celu zastosowania w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji: ………. zł x 231)= ………… zł,

h) preparatyka nasienia: ………. zł x 11)= ………… zł,

i) zapłodnienie IVF/ICSI: ………. zł x 11)= ………… zł,

j) hodowla zarodków: ………. zł x 11)= ………… zł,

k) transfer zarodków do macicy: ………. zł x 11)= ………… zł,

Całkowity koszt brutto jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego wynosi: ……….. zł
tj. suma kwot z punktów od a) do k).

Uwaga: Całkowity koszt brutto jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego nie może przekroczyć kwoty wskazanej w programie tj. 8 951,55 zł. Natomiast wysokość środków finansowych, jaką Gmina Kielce może przeznaczyć na sfinansowanie jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego nie może przekroczyć 5 000,00 zł.

1. **Wartość oferty:**

Łączna wartość oferty nie może przekroczyć całkowitej wartości zaplanowanej na realizację programu przez cały okres jego realizacji tj. 1.500.000,00 zł.

Proponowana liczba procedur zapłodnienia pozaustrojowego w:

2021 r. ………..

2022 r. ………..

2023 r. ………..

2024 r. ………..

Łączna liczba planowanych procedur zapłodnienia pozaustrojowego przez cały okres realizacji programu: …….. (suma z 2021 r., 2022 r., 2023 r, 2024 r.).

**Łączna wartość oferty**: …………….. zł (słownie: ……….), w tym:

- łączna wartość procedur zapłodnienia pozaustrojowego przez cały okres realizacji programu: ………….zł (słownie: ………….),

1. **Liczba i kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń w ramach programu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Liczba osób | Tytuł lub stopień naukowy | Uzyskane specjalizacje | Doświadczenie (określone w miesiącach) „od do” zgodnie z wymaganiami wskazanymi w ogłoszeniu o konkursie i programie | W przypadku osób o doświadczeniu z embriologii klinicznej wpisać czy posiadają certyfikat embriologa klinicznego PTMR/PTMRiE i/lub ESHRE, (wpisać tak lub nie) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Czas i miejsce dostępności świadczeń zdrowotnych**

Zobowiązuję się udzielać świadczeń od poniedziałku do piątku w następujących godzinach:

Poniedziałek: od …… godz. do ……… godz.

Wtorek: od …… godz. do ……… godz.

Środa: od …… godz. do ……… godz.

Czwartek: od …… godz. do ……… godz.

Piątek: od …… godz. do ……… godz.

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych: ….……(wpisać miasto), ….…… (wpisać ulicę z nr).

Dodatkowo będzie premiowane świadczenie usług minimum do godz. 19.00 dwa razy w tygodniu lub w dni wolne od pracy np. soboty.

1. **Okres rozliczania umowy – kwartalny.**

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

(Data, podpis i pieczęć oferenta lub osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta)

1. )liczba usług wskazanych w Tabeli nr 2 w programie [↑](#footnote-ref-1)