

Załącznik Nr 2
do uchwały Nr. 249/3969/18.....
Zarządu Województwa Lubuskiego
z dnia 20 sierpnia.....2018 r.

.....
(pieczęć oferenta)

.....
(miejscowość i data)

FORMULARZ OFERTY

na realizację zadania pn.:

Program polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców województwa lubuskiego w 2018 roku”

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.	Kierownik podmiotu leczniczego (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 jego specyfikę (m.in. populacja objęta Programem (wiek/rocznik), liczba osób objętych Programem, rodzaj i zakres świadczeń).

Pary, które są zainteresowane udziałem w Programie muszą spełnić następujące warunki: zamieszkanie i zameldowanie na pobyt stały na terenie województwa lubuskiego; niemożliwość zrealizowania przez ponad rok planów rozrodczych metodą naturalną; wiek kobiety w przedziale 20-40 lat według rocznika urodzenia.

2. Miejsce wykonywania Programu z uwzględnieniem ewentualnych podwykonawców biorących udział przy jego realizacji, dokładny adres, telefon, adres mailowy (m.in. zasady udziału/rejestracji beneficjentów w Programie, dni i godziny realizacji Programu).

--

3. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju (ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną).

--

III. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU

1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów.

Lp.	Rodzaj kosztów*	Liczba planowanych jednostek	Koszt jednostkowy	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł)	Wnioskowana wysokość dofinansowania z budżetu Miasta Poznania (w zł)
Rok 2018						

1.						
2.						
3.						
OGÓŁEM						

* Rodzaje kosztów winny być zgodne z ogłoszeniem konkursowym

2. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

-m.in. sposób promowania przez Realizatora realizację przedmiotowego Programu

.....

3. Przewidywane źródła finansowania Programu:

Źródło finansowania	zł	%
Rok 2018		
Kwota dofinansowania		
Finansowe środki własne, środki z innych źródeł oraz wpłaty i opłaty adresatów (z tego wpłaty i opłaty adresatów zadaniazł)		
Ogółem:		

Dodatkowe dokumenty:

- 1) Oświadczenie Oferenta (wzór oświadczenia w załączeniu)
- 2) udokumentowane stosowanie standardów i rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii;
- 3) udokumentowana współpraca z psychologiem posiadającym praktykę w dziedzinie psychologii leczenia niepłodności na terenie prowadzonej przez Realizatora działalności.

.....

(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta)