**Załącznik nr 1**

**do konkursu ofert nr WSS-I.1.2022.WP**

**FORMULARZ OFERTOWY**

- **Informacje o Oferencie**

na projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2022 - 2024 dla mieszkańców miasta Szczecina”.

**1. Pełna nazwa podmiotu składającego ofertę:**

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

**2.Dokładny adres:**…………………………………………………………………..……..………………………………..

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

*ulica i numer* *miejscowość kod pocztowy*

…………………………………………………………………………………………………………………………………  
 *Telefon fax. adres e-mail*

**3. Forma prawna** ……………………………………………………………………………………………………………………………

**4. Osoba prawna upoważniona do reprezentowania Oferenta** (Nazwisko i imię, tel.kontaktowy, e-mail):

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

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

**5. Organ założycielski** **lub właściciel:**

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

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

**6. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli posiada):**

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

**7. NIP:** ....................................................................................................................................................................

**8. Regon:**  .................................................................

**9. Nazwa banku i rachunku bankowego**:………………………………………………..……………………………..

**10. Koordynator programu** (imię, nazwisko, nr telefonu kontaktowego, adres e-mail):

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

**11.Okres realizacji Programu** od………………..…do …………………………………………………………………….

**12. Szczegółowy sposób realizacji Programu:   
 a) opis i zakres z harmonogramem działań planowanych w Programie**

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

b) dodatkowe wskaźniki i merinki efektowności realizacji Programu ……………………………………………………………………………………………………

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

**13. Deklarowana liczba procedur zapłodnienia pozaustrojowego – wykonanych w ramach realizacji  
 Programu w roku:  
 - 2022:** ……………………………………………………………………………  
 **- 2023:** ……………………………………………………………………………

**- 2024:** ……………………………………………………………………………

**14. Informacje dotyczące liczby i kwalifikacji personelu biorącego udział w realizacji Programu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Tytuł lub stopień naukowy | Uzyskane Specjalizacje | Numer prawa wykonywania zawodu | Doświadczenie (w leczeniu metodą zapłodnienia pozaustrojowego (tak/nie) |
| lekarze specjaliści w zakresie ginekologii i położnictwa | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| lekarz / analityk / biolog/embriolog/psycholog legitymujący się udokumentowanym  doświadczeniem w zakresie stosowania metod wspomaganego rozrodu | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| anestezjolog | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| pielęgniarki i położne | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| personel administracyjny | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**15. Koordynator Programu (nazwisko imię, tytuł lub stopień naukowy, tel. kontaktowy, e-mail)**

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

zadania koordynatora:……………………………………………………………………………………………………

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

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

**16. Dostępność do świadczeń w ciągu tygodnia (godziny realizacji)**

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

**17.Deklarowane przez Oferenta świadczenie na rzecz par objętych Programem w ramach 5.000,00 zł brutto   
 dla jednej procedury zapłodnienia pozaustrojowego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | RODZAJ ŚWIADCZENIA | TAK | NIE |
| 1. | przechowywania zarodków w banku komórek rozrodczych i zarodków przez okres realizacji Programu |  |  |
| 2. | pierwszego kriotransferu w przypadku braku przeprowadzenia transferu zarodków świeżych w ramach realizacji Programu |  |  |

**18.Dotychczasowe doświadczenia związane z realizacją programów polityki zdrowotnej z zakresu  
 leczenia niepłodności (ze wskazaniem, które z tych programów realizowane były we współpracy   
 z administracją rządową lub samorządową)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa programu | Organ administracji rządowej lub samorządowej | Rok realizacji | Liczba procedur wykonanych w ramach programu |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**19. Skuteczność zapłodnienia pozaustrojowego IVF/ICSI udokumentowana:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Brak powstałej ciąży klinicznej | Ciąża kliniczna pojedyncza | Ciąża kliniczna wielopłodowa | Suma transferów | Ciąże kliniczne łącznie | Stosunek liczby ciąż klinicznych do liczby transferów (w %) |
|  |  |  |  |  |  |

**20.Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty \Formularza Zgłoszeniowego do realizacji Programu**

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

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

data: pieczątka i podpis(y) Oferenta/Zleceniobiorcy