**Załącznik nr 1**

**do konkursu ofert nr WSS-I.2.2022.WP**

**FORMULARZ OFERTOWY**

 - **Informacje o Oferencie**

na Realizatora programu polityki zdrowotnej pn. **Wsparcie par, a w szczególności mężczyzn wymagających wysokospecjalistycznej opieki oraz diagnostyki immunologicznej i genetycznej niepłodności wraz ze wsparciem inseminacji dla mieszkańców miasta Szczecina na lata 2022-2026**.

**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 ……………………………………………………………………

1. **Szczegółowy sposób realizacji Programu: .**

 **a) opis i zakres z harmonogramem działań planowanych w Programie**

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

b) dodatkowe wskaźniki i merinki efektowności realizacji Programu

**13. 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 z zakresu leczenia niepłodności (tak/nie) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**14. Zadania koordynatora**:……..………………………………………………………………………………………….

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejsce i termin rejestracji par w ramach Programu | Miejsce i termin realizacji Programu  | Dzień tygodnia | Godziny od - do  | Telefon kontaktowy |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**16.Dotychczasowe doświadczenia związane z realizacją programu polityki zdrowotnej z zakresu Wsparcia
 par, a w szczególności mężczyzn wymagających wysokospecjalistycznej opieki oraz diagnostyki
 immunologicznej i genetycznej niepłodności wraz ze wsparciem inseminacji na rzecz jdnostki
 samorządu terytorialnego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa zadania | Organ administracji rządowej lub samorządowej | Rok/lata realizacji | Liczba wykonanych świadczeń zdrowotnych w ramach zadania |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

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

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

 data: pieczątka i podpis(y) Oferenta

**Załącznik nr 2**

**do konkursu ofert nr WSS-I.2.2022.WP**

**Formularz Kalkulacji Cenowej**

1.Planowana całkowita kalkulacja kosztów realizacji Programu

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa świadczenia zdrowotnego/usługi/ towaru | koszt jednostkowy (w zł brutto) | Koszt ogółem(w zł brutto) w 2022 roku | Koszt ogółem(w zł brutto) w 2023 roku | Koszt ogółem(w zł brutto) w 2024 roku | Koszt ogółem(w zł brutto) w 2025 roku | Koszt ogółem(w zł brutto) w 2026 roku |
| 1 |  Podstawowe badanie nasienia - 80 badań rocznie |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Inseminacja - 60 inseminacji rocznie  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Kompleksowa diagnostyka seminologiczna - 30 badań rocznie (po podstawowym badaniu nasienia)  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | diagnostyka genetyczna (ocena kariotypu, analiza mikrodelecji regionu AZF chromosomu Y, mutacji genu CFTR) po podstawowym badaniu nasienia i kompleksowej diagnostyce seminologicznej – 16 badań rocznie |  |  |  |  |  |  |
| 5 | diagnostyka immunologiczna przeciwciał przeciwplemnikowych – 25 badań x 2 osoby rocznie |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Panel badań wymaganych ustawowo przed inseminacja komplet badań dla mężczyzny – badania w kierunku HIV, zapalenia wątroby typu B i C, kiły oraz chlamydia trachomatis -50 badań mężczyzn x 2 w roku (rocznie) |  |  |  |  |  |  |
| 7 | opieka nad parą w trakcie realizacji programu i monitorowanie w trakcie diagnostyki i leczenia - poradnictwo, prowadzenie diagnostyki, kwalifikacja do inseminacji oraz prowadzenie stymulacji jajeczkowania i monitorowanie owulacji - 100 par w roku |  |  |  |  |  |  |
| 8 | sprawowanie opieki psychologicznej nad parą w trakcie realizacji programu - 100 par rocznie |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Wynagrodzenie koordynatora Programu rocznie  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Koszty administracyjne i promocja Programu ok. 2% rocznego budżetu – rocznie  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Zakup sprzętu – aparat USG |  |  | x | x | x | x |
|  | Ogółem  |  |  |  |  |  |

2.Wysokość wnioskowanych środków finansowych w ramach dofinansowania Programu :……………………………………

(w tym słownie w zł brutto):…………......……………………………………………………………………………………………….

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty w zakresie Formularza Kalkulacji Kosztów w ramach realizacji Programu..................................................................................................................................................................................

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

 data: pieczątka i podpis(y) Oferenta/Zleceniobiorcy