

**WZÓR**

.....  
(pieczęć oferenta)

.....  
Data i miejsce złożenia oferty  
(wypełnia organ administracji publicznej)

**OFERTA**

**I. Dane o ofercie**

1. Dane dotyczące składającego ofertę

Pełna nazwa:	
Numer NIP:	Numer REGON:
Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego rejestru/ewidencji:	

2. Forma organizacyjna

--

3. Dokładny adres

miejsowość:	ulica:
kod pocztowy:	poczta:
nr telefonu:	fax:
e-mail:	www:

6. Nazwa banku i numer rachunku

--

7. Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (numer polisy oraz data ważności od ..... do .....)

--

8. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta z upoważnieniem do zawierania umów cywilnoprawnych

--

9. Nazwisko i imię oraz numer telefonu kontaktowego osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty

--

## II. Informacje o sposobie realizacji zadania

1. Kwalifikacje personelu (z wyszczególnieniem liczby osób oraz rodzajem posiadanych kwalifikacji zawodowych)

2. Miejsce realizacji zadania (dokładny adres)

3. Sposób podania do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń informacji o sposobie zgłaszania się, organizacji udzielania świadczeń, dniach i godzinach udzielania świadczeń

4. Opis warunków lokalowych oraz wyposażenia posiadanych przez Oferenta

5. Dotychczasowe doświadczenie Oferenta w zakresie, którego dotyczy zadanie

6. Termin realizacji zadania

7. Zasady udziału i rekrutacji/kwalifikacji Uczestników Programu (dni i godziny realizacji Programu, w tym miejsce realizacji procedury zapłodnienia pozaustrojowego z uwzględnieniem podwykonawców biorących udział przy realizacji Programu, wraz z danymi adresowymi i kontaktowymi)

8. Harmonogram realizacji zadania (rozkład dzienny i tygodniowy z uwzględnieniem miesięcy wyszczególnionych w proponowanym czasie trwania umowy, poszczególne działania Programu – rodzaj działania, miejsce, termin, wykaz osób biorących udział w realizacji poszczególnych działań i ich kompetencje oraz wykaz aparatury i sprzętu medycznego)

9. Informacja o ewentualnych podwykonawcach zadania

10. Zakładane rezultaty realizacji zadania

### III. Koszty realizacji zadania

1. Proponowana kwota należności za realizację zadania. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów elementów poszczególnej procedury biotechnologicznej objętych dofinansowaniem w ramach Programu:

I. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet lub gamet anonimowego dawcy nasienia							
Rodzaj kosztów badań / świadczeń związanych z realizacją procedury	Rodzaj miary	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy brutto (zł)	Koszt całkowity brutto (zł)	Wnioskowana wysokość dofinansowania z budżetu Miasta Radomia	Koszty ponoszone przez pacjenta	
<b>Razem</b>							
Liczba par do przeprowadzenia procedury zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet lub gamet anonimowego dawcy nasienia			Ilość procedur planowanych do wykonania *	Koszt jednostkowy brutto (zł)	Koszt całkowity brutto (zł)	Wnioskowana wysokość dofinansowania z budżetu Miasta Radomia**	Koszty ponoszone przez pary
<b>RAZEM</b>							

II. Procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem komórek rozrodczych anonimowej dawczyni							
Rodzaj kosztów badań / świadczeń związanych z realizacją procedury	Rodzaj miary	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy brutto (zł)	Koszt całkowity brutto (zł)	Wnioskowana wysokość dofinansowania z budżetu Miasta Radomia	Koszty ponoszone przez pacjenta	
<b>Razem</b>							
Liczba par do przeprowadzenia procedury zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem komórek rozrodczych anonimowej dawczyni			Ilość procedur planowanych do wykonania *	Koszt jednostkowy brutto (zł)	Koszt całkowity brutto (zł)	Wnioskowana wysokość dofinansowania z budżetu Miasta Radomia**	Koszty ponoszone przez pary
<b>RAZEM</b>							

III. Procedura adopcji zarodka							
Rodzaj kosztów badań / świadczeń związanych z realizacją procedury	Rodzaj miary	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy brutto (zł)	Koszt całkowity brutto (zł)	Wnioskowana wysokość dofinansowania z budżetu Miasta Radomia	Koszty ponoszone przez pacjenta	
<b>Razem</b>							
Liczba par do przeprowadzenia procedury adopcji zarodka			Ilość procedur planowanych do wykonania *	Koszt jednostkowy brutto (zł)	Koszt całkowity brutto (zł)	Wnioskowana wysokość dofinansowania	Koszty ponoszone przez pary

				<b>z budżetu Miasta Radomia**</b>	
<b>RAZEM</b>					

2. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

--

\* Zgodnie z programem polityki zdrowotnej pn. „In vitro dla Radomia - Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego w roku 2024”, dla każdej pary przysługuje przeprowadzenie nie więcej niż dwóch procedur.

\*\* Zgodnie z programem polityki zdrowotnej pn. „In vitro dla Radomia - Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego w roku 2024” maksymalna kwota dofinansowania dla jednej pary, na przeprowadzenie nie więcej niż dwóch procedur wynosi 12.000 zł w 2024r.

Oświadczam(-my), że:

1. Zadanie będące przedmiotem konkursu w całości mieści się w zakresie działalności Oferenta.
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym Oferenta.

.....  
(data i podpis osoby upoważnionej)