

WZÓR

.....
(pieczęć oferenta)

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

**SPRAWOZDANIE CZĘŚCIOWE/KOŃCOWE* MERYTORYCZNO-FINANSOWE
z realizacji zadania - programu polityki zdrowotnej pn.
„In vitro dla Radomia - Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego w roku 2024”.**

I. Ocena merytoryczna zadania

1. Nazwa podmiotu realizującego zadanie

Pełna nazwa:	
Numer NIP:	Numer REGON:

2. Dokładny adres podmiotu realizującego zadanie

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

3. Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za realizację zadania

--

4. Sposób podania do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń informacji o sposobie zgłaszania się do Programu

--

5. Czas realizacji zadania (data rozpoczęcia, data zakończenia)

--

6. Charakterystyka populacji objętej zadaniem

--

7. Opis przebiegu realizacji zadania

--

8. Liczba par, które skorzystały ze świadczeń zdrowotnych w ramach zadania, ilość procedur przeprowadzonych u każdej pary, w tym ilość uzyskanych ciąż

--

9. Wyniki z realizacji zadania (np. na podstawie ankiet): ocena efektów terapeutycznych

--

II. Rozliczenie finansowe zadania

Zestawienie faktur (rachunków)

1. Koszty poniesione w programie w ramach procedury zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet lub gamet anonimowego dawcy nasienia:

Lp.	Nr dokumentu księgowego	Numer pozycji kosztorysu	Data wystawienia dokumentu księgowego	Nazwa kosztu	Kwota (zł) ogółem	Kwota kosztów poniesionych w ramach dofinansowania z budżetu Miasta Radomia	Kwota kosztów poniesionych przez pacjenta w ramach Programu	Data i sposób zapłaty	
RAZEM									
Liczba par, u których została przeprowadzona procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet lub gamet anonimowego dawcy nasienia					Ilość przeprowadzonych procedur	Koszt jednostkowy brutto (zł)	Koszt całkowity brutto (zł)	Kwota kosztów poniesionych w ramach dofinansowania z budżetu Miasta Radomia	Kwota kosztów poniesionych przez pacjenta w ramach Programu
RAZEM									

2. Koszty poniesione w programie w ramach procedury zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem komórek rozrodczych anonimowej dawczyni:

Lp.	Nr dokumentu księgowego	Numer pozycji kosztorysu	Data wystawienia dokumentu księgowego	Nazwa kosztu	Kwota (zł) ogółem	Kwota kosztów poniesionych w ramach dofinansowania z budżetu Miasta Radomia	Kwota kosztów poniesionych przez pacjenta w ramach Programu	Data i sposób zapłaty	
RAZEM									
Liczba par, u których została przeprowadzona procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem komórek rozrodczych anonimowej dawczyni					Ilość przeprowadzonych procedur	Koszt jednostkowy brutto (zł)	Koszt całkowity brutto (zł)	Kwota kosztów poniesionych w ramach dofinansowania z budżetu Miasta Radomia	Kwota kosztów poniesionych przez pacjenta w ramach Programu
RAZEM									

3. Koszty poniesione w programie w ramach procedury adopcji zarodka:

Lp.	Nr dokumentu księgowego	Numer pozycji kosztorysu	Data wystawienia dokumentu księgowego	Nazwa kosztu	Kwota (zł) ogółem	Kwota kosztów poniesionych w ramach dofinansowania z budżetu Miasta Radomia	Kwota kosztów poniesionych przez pacjenta w ramach Programu	Data i sposób zapłaty	
RAZEM									
Liczba par, u których została przeprowadzona procedura adopcji zarodka					Ilość przeprowadzonych procedur	Koszt jednostkowy brutto (zł)	Koszt całkowity brutto (zł)	Kwota kosztów poniesionych w ramach dofinansowania z budżetu Miasta Radomia	Kwota kosztów poniesionych przez pacjenta w ramach Programu
RAZEM									

Uwagi:

.....
miejsowość, data

.....
podpis osoby upoważnionej

* niewłaściwe skreślić