

Załącznik Nr 1
do szczegółowych warunków drugiego
konkursu ofert na wybór realizatorów
w 2016 r. programu polityki zdrowotnej pn.
„Program dofinansowania do leczenia
niepłodności metodą zapłodnienia
pozaustrojowego dla mieszkańców miasta
Łodzi na lata 2016-2020”

Pieczętka firmowa oferenta

Oferta

na realizację w 2016 r. programu polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Łodzi na lata 2016-2020”.

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 specyfikę Programu (m.in. populacja objęta programem (wiek/rocznik), liczba osób objętych Programem, rodzaj i zakres świadczeń, kwalifikacje personelu biorącego udział przy realizacji Programu).

2. Informacje o sprzęcie medycznym do realizacji Programu, którym dysponuje Oferent.

3. Informacja o ewentualnych podwykonawcach biorących udział przy realizacji Programu.

4. Sposób organizacji kampanii informacyjno – edukacyjnej (rodzaj działań/ liczba działań, liczba uczestników)

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

6. Harmonogram planowanych działań (z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia).

7. 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 (w zł)
OGÓŁEM						

*Rodzaje kosztów winny być zgodne z ogłoszeniem konkursowym i szczegółowymi warunkami drugiego konkursu ofert

2. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

.....

.....

.....

3. Przewidywane źródła finansowania Programu:

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

Załączniki:

- 1)
- 2)
- 3)

Należy przedstawić załączniki wskazane w części III ogłoszenia konkursu ofert stanowiącego Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr/VII/16 Prezydenta Miasta Łodzi z dnia 2016 r.

.....
(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta)