Załącznik Nr 1
do szczegółowych warunków konkursu ofert na wybór realizatorów w latach 2017 i 2018 programu polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Łodzi na lata 2016-2020”

Pieczątka firmowa oferenta

Oferta
na realizację w latach 2017 i 2018 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).

2. Kwalifikacje personelu biorącego udział przy realizacji Programu.

Lp.	Imię i nazwisko	Zakres obowiązków i sposób zaangażowania przy realizacji oferty	Kompetencje i doświadczenie w wykonywaniu zadań będących przedmiotem zadania

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

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

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

6. 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.

7. Harmonogram planowanych działań (z podaniem terminów rozpoczęcia i zakończenia działań oraz rozbiciem na rok 2017 i 2018).

8. 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 (odrębnie dla roku 2017 i 2018):

Lp.	Rodzaj kosztów	Liczba planowanych jednostek	Koszt jednostkowy	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł)	Wnioskowana wysokość dofinansowania z budżetu miasta Łodzi (w zł)
Rok 2017						
1. 2. 3.						
Rok 2018						
1. 2. 3.						
OGÓŁEM						

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

** Deklarowana liczba procedur zapłodnienia pozaustrojowego, którą oferent może zrealizować w 2017 r. oraz w 2018 r., a także całkowity koszt ich realizacji powinny zostać podane odrębnie dla każdego roku.*

2. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:
.....
.....
3. Przewidywane źródła finansowania Programu**:**

Źródło finansowania	**zł**	**%**
Rok 2017		
Kwota dofinansowania		
Finansowe środki własne, środki z innych źródeł oraz wpłaty i opłaty adresatów (z tego wpłaty i opłaty adresatów zadania .....zł)		
Rok 2018		
Kwota dofinansowania		
Finansowe środki własne, środki z innych źródeł oraz wpłaty i opłaty adresatów (z tego wpłaty i opłaty adresatów zadania .....zł)		
Ogółem:		

Załączniki:

1) .....
2) .....
3) .....

Należy przedstawić załączniki wskazane w części III ogłoszenia o konkursie ofert, stanowiącego załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr /VII/17 Prezydenta Miasta Łodzi z dnia 2017 r.

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