

FORMULARZ KALKULACJI KOSZTÓW

*Załącznik nr 2 do Ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024”.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. CAŁKOWITA KALKULACJA KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU** | | | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa usługi/towaru/świadczenia** | **ilość/rodzaj** | **Całkowity koszt jednostkowy**  **(w zł brutto)** | **Koszt ogółem**  **(w zł brutto)** | **Koszt ogółem**  **(w zł brutto)** | **Koszt ogółem**  **(w zł brutto)** | **Koszt ogółem**  **(w zł brutto)** |
| **Rok 2021** | **Rok 2022** | **Rok 2023** | **Rok 2024** |
| **1\*** | **Procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet pary lub z wykorzystaniem nasienia dawcy, w tym co najmniej:**  -kwalifikacja pary i wykonanie badań,  -stymulacja mnogiego jajeczkowania  - wykonanie punkcji pęcherzyków jajowych,  - znieczulenie ogólne podczas punkcji,  - pozaustrojowe zapłodnienie komórek  - transfer zarodków do jamy macicy  - zamrożenie zarodków i ich przechowywanie |  |  |  |  |  |  |
| **2.\*** | **Procedura zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem żeńskich komórek rozrodczych od anonimowej dawczyni, w tym co najmniej:**  - kwalifikacja pary i wykonanie badań  - przygotowanie biorczyni do transferu  - pozaustrojowe zapłodnienie komórek  - transfer zarodków do jamy macicy  - zamrożenie i ich przechowywanie |  |  |  |  |  |  |
| **3.\*** | **Procedura adopcji zarodka, w tym co namniej:**  -kwalifikacji pary i wykonanie badań  - przygotowanie biorczyni do transferu  - przygotowanie zarodków i ich transfer do jamy macicy |  |  |  |  |  |  |
| **4.** | Inne koszty niezbędne do realizacji Programu – należy podać nazwę usługi/towaru/świadczenia |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | |  |  |  |  |  |
|  | | | **CENA OFERTY OGÓŁEM:** | | | | |

\**Rodzaje kosztów w pozycjach 1-3 powinny być zgodne z zakresem planowanych interwencji opisanych szczegółowo w ogłoszeniu konkursowym.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. DEKLAROWANA LICZBA PROCEDUR I ZAKRES ICH FINANSOWANIA W POSZCZEGÓLNYCH LATACH REALIZACJI PROGRAMU** | | | | | | |
| Planowane procedury | Liczba procedur planowanych na rok realizacji Programu | Koszt jednostkowy pełnej procedury (zł brutto) | Jednostkowa kwota dofinansowania z budżetu Miasta Poznania (zł brutto) | % udział kwoty dofinansowania z budżetu Miasta Poznania w koszcie jednostkowym całej procedury | Finansowanie z innych źródeł, w tym opłaty uczestników Programu | % udział kwoty finansowania z innych źródeł w koszcie jednostkowym całej procedury |
| Rok 2021 | | | | | | |
| Procedura z wykorzystaniem własnych gamet |  |  |  |  |  |  |
| Procedura z wykorzystaniem komórek dawczyni |  |  |  |  |  |  |
| Adopcja zarodka |  |  |  |  |  |  |
| Rok 2022 | | | | | | |
| Procedura z wykorzystaniem własnych gamet |  |  |  |  |  |  |
| Procedura z wykorzystaniem komórek dawczyni |  |  |  |  |  |  |
| Adopcja zarodka |  |  |  |  |  |  |
| Rok 2023 | | | | | | |
| Procedura z wykorzystaniem własnych gamet |  |  |  |  |  |  |
| Procedura z wykorzystaniem komórek dawczyni |  |  |  |  |  |  |
| Adopcja zarodka |  |  |  |  |  |  |
| Rok 2024 | | | | | | |
| Procedura z wykorzystaniem własnych gamet |  |  |  |  |  |  |
| Procedura z wykorzystaniem komórek dawczyni |  |  |  |  |  |  |
| Adopcja zarodka |  |  |  |  |  |  |
| OGÓŁEM |  |  |  | x |  | x |

|  |
| --- |
| **III. UWAGI OFERENTA ISTOTNE DLA OCENY KALKULACJI KOSZTÓW** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IV. OŚWIADCZENIA OFERENTA** | |
|  | Oświadczam, że w przypadku wyboru ww. oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na świadczenie usług zgodnie z zakresem wynikającym z treści programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024”.  Poznań, dnia …...…………………. ……………………………………………  *(Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu Oferenta)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA** | **PIECZĄTKA OFERENTA** | **PODPIS**  ***Osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta***  ***W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika Podwykonawców*** |
|  |  |  |