

FORMULARZ KALKULACJI KOSZTÓW

Załącznik nr 2 do ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Zabezpieczenie płodności na przyszłość u mieszkańców Poznania chorych onkologicznie na lata 2024-2026”.

|  |
| --- |
| **I. CAŁKOWITA KALKULACJA KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU** |
| **Lp.** | **Nazwa usługi/towaru/świadczenia** | **Liczba/rodzaj** | **Całkowity koszt jednostkowy** **(w zł brutto)** | **Koszt ogółem****(w zł brutto)** | **Koszt ogółem****(w zł brutto)** | **Koszt ogółem****(w zł brutto)** |
| **Rok 2024** | **Rok 2025** | **Rok 2026** |
| **1.\*** | **Procedura zabezpieczenia płodności u mężczyzn** powinna objąć przynajmniej:1. przeprowadzenie kwalifikacji uczestnika i oceny ryzyka utraty płodności
2. przeprowadzenie ustawowych badań lekarskich i laboratoryjnych
3. konsultację psychologiczną/psychoonkologiczną
4. pobranie komórek rozrodczych (nasienia)
5. zamrożenie komórek z zachowanym potencjałem rozrodczym i ich przechowywanie
6. wydanie uczestnikowi Programu dokumentacji potwierdzającej wykonanie procedury wraz ze wskazaniem opłaconego przez Miasto Poznań okresu przechowywania
 |  |  |  |  |  |
| **2.\*** | **Procedura zabezpieczenia płodności u kobiet** powinna objąć przynajmniej:1. przeprowadzenie kwalifikacji uczestniczki i oceny ryzyka utraty płodności
2. przeprowadzenie ustawowych badań lekarskich i laboratoryjnych
3. konsultację psychologiczną/psychoonkologiczną
4. pobranie komórek rozrodczych (oocytów, komórek jajowych) w znieczuleniu
5. zamrożenie komórek z zachowanym potencjałem rozrodczym i ich przechowywanie
6. wydanie uczestniczce Programu dokumentacji potwierdzającej wykonanie procedury wraz ze wskazaniem opłaconego przez Miasto Poznań okresu przechowywania
 |  |  |  |  |  |
| **3.** | 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 2024** |
| Procedura zabezpieczenia płodności u mężczyzn |  |  |  |  |  |  |
| **Procedura zabezpieczenia płodności u kobiet** |  |  |  |  |  |  |
| **Rok 2025** |
| Procedura zabezpieczenia płodności u mężczyzn |  |  |  |  |  |  |
| Procedura zabezpieczenia płodności u kobiet |  |  |  |  |  |  |
| **Rok 2026** |
| Procedura zabezpieczenia płodności u mężczyzn |  |  |  |  |  |  |
| Procedura zabezpieczenia płodności u kobiet |  |  |  |  |  |  |
| 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. „Zabezpieczenie płodności na przyszłość u mieszkańców Poznania chorych onkologicznie na lata 2024-2026”.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** |
|  |  |  |