#### Załącznik Nr 2

####  do ogłoszenia konkursowego

**OFERTA**

#### na powierzenie realizacji w latach 2022-2023

#### programu polityki zdrowotnej pn.

#### „Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego –

#### in vitro dla mieszkańców Miasta Opola”

**I. DANE PODMIOTU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Nazwa podmiotu składającego ofertę** |  |
| **2.** | **Nazwiska, imiona oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu składającego ofertę**  |  |
| **3.** | **Adres siedziby podmiotu**  |  |
| **4.** | **Adres do korespondencji** |  |
| **5.** | **Numer telefonu kontaktowego** |  |
| **6.** | **E-mail, adres strony internetowej** |  |
| **7.** | **Forma prawna**  |  |
| **8.** | **NIP** |  |
| **9.** | **REGON** |  |
| **10.** | **Numer wpisu do rejestru sądowego lub innego rejestru/ewidencji** |  |
| **11.** | **Nazwa banku i nr rachunku bankowego podmiotu składającego ofertę** |  |
| **12.** | **Osoba upoważniona do składania wyjaśnień dotyczących oferty (imię i nazwisko, funkcja oraz numer telefonu kontaktowego)** |  |
| **12.** | **Przedmiot działalności statutowej**  |  |
| **13.** | **Jeżeli podmiot prowadzi działalność gospodarczą**  | **Numer wpisu w rejestrze przedsiębiorców** | **Przedmiot działalności gospodarczej** |
|  |  |

**II. SZCZEGÓŁOWY SPOSÓB REALIZACJI PROGRAMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Miejsce realizacji Programu** (należy podać dokładny adres z kodem pocztowym) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | **Grupa docelowa zadania** (należy określić liczbowo planowaną grupę odbiorców zadania, która powinna być adekwatna do zdefiniowanych celów projektu i rozpoznanego problemu, a jej liczebność powinna być oszacowana rzetelnie do okresu trwania Programu) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | **Sposób naboru do Programu** (należy opisać w jaki sposób planuje się dokonać naboru beneficjentów do Programu) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.** | **Szczegółowy opis zadań Programu oraz sposobu ich realizacji** (należy szczegółowo opisać wszystkie zadania, które będą realizowane w ramach Programu adekwatnie do liczebności i specyfiki grupy docelowej oraz zaplanowanych celów Programu, opis poszczególnych zadań powinien być spójny z przedstawionym harmonogramem i kosztorysem) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5.** | **Zakładane rezultaty** (należy przedstawić w jakim stopniu realizacja zadań Programu przyczyni się do osiągnięcia celów Programu) |
|  |  |

**III. HARMONOGRAM DZIAŁAŃ W ZAKRESIE REALIZACJI PROGRAMU**

(należy opisać działania w kolejności chronologicznej z precyzyjnym określeniem miejsca ich realizacji oraz terminów ich rozpoczęcia i zakończenia)

|  |  |
| --- | --- |
| Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania  | Terminy realizacji poszczególnych działań |
|  |  |
|  |  |

**IV. PROMOCJA PROGRAMU, DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE** (należy wpisać planowane działania promocyjne, informacyjno-edukacyjne, np. audycje w radio i telewizji, plakaty, ulotki, itp.)

|  |
| --- |
|  |

**V. MONITOROWANIE I EWALUACJA PROGRAMU**

(należy określić sposób monitorowania wraz z opisem narzędzi ewaluacyjnych)

|  |
| --- |
|  |

**VI. INFORMACJA O POSIADANYCH ZASOBACH RZECZOWYCH ORAZ ZASOBIE KADROWYM**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Zasoby rzeczowe** (wpisać np. lokal, sprzęt, materiały przewidywane do wykorzystania przy realizacji Programu – należy opisać, ale nie uwzględniać ich w kosztorysie) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | **Zasoby kadrowe** (wykaz osób zatrudnionych przy realizacji Programu wraz z ich kompetencjami zapewniającymi wykonanie zadań, zakresem obowiązków, doświadczeniem w pracy w podmiocie składającym niniejszą ofertę oraz harmonogramem prac przy realizacji Programu) |
| **Lp.** | **Wykształcenie** | **Kwalifikacje** | **Zakres czynności i zadań** | **Harmonogram prac** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**VII. DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI ZADAŃ ZWIĄZANYCH Z LECZENIEM NIEPŁODNOŚCI METODĄ ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO**

(ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną)

|  |
| --- |
|  |

**VIII. KOSZTORYS REALIZACJI PROGRAMU**

(musi być spójny z harmonogramem planowanych działań)

##  Kosztorys realizacji Programu w 2022 roku (należy zaplanować wydatki na kwotę 240.000,00 zł, która jest przewidziana na realizację Programu w 2022 roku):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj kosztów | Ilość jednostek (np. godzin) | Koszt jednostkowy (w zł) | Rodzaj miary | Koszt całkowity (w zł) |
| 1. | Kosztymerytoryczne |  |  |  |  |
|  | 1… |  |  |  |  |
| 2. | Koszty administracyjne i obsługi (nie więcej niż 7%)  |  |  |  |  |
|  | 1.. |  |  |  |  |
| 3. | Koszty promocji (nie więcej niż 3%)  |  |  |  |  |
|  | 1… |  |  |  |  |
| 4. | Inne koszty (wymienić jakie) |  |  |  |  |
|  | 1… |  |  |  |  |
| 5. | Ogółem: |  |

##  Kosztorys realizacji Programu w 2023 roku (należy zaplanować wydatki na kwotę 240.000,00 zł, która jest przewidziana na realizację Programu w 2023 roku):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj kosztów | Ilość jednostek (np. godzin) | Koszt jednostkowy (w zł) | Rodzaj miary | Koszt całkowity (w zł) |
| 1. | Kosztymerytoryczne |  |  |  |  |
|  | 1… |  |  |  |  |
| 2. | Koszty administracyjne i obsługi (nie więcej niż 7%)  |  |  |  |  |
|  | 1.. |  |  |  |  |
| 3. | Koszty promocji (nie więcej niż 3%)  |  |  |  |  |
|  | 1… |  |  |  |  |
| 4. | Inne koszty (wymienić jakie) |  |  |  |  |
|  | 1… |  |  |  |  |
| 5. | Ogółem: |  |

1. **Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu**

|  |
| --- |
|  |

**Oświadczam/my, że:**

1. osobom upoważnionym do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu składającego ofertę znana jest treść „Programu leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro dla mieszkańców Miasta Opola”,przyjętegouchwałą Nr XXVIII/548/20 Rady Miasta Opola z dnia 2 lipca 2020 roku, a także treść ogłoszenia konkursowego oraz szczegółowych warunków dotyczących przeprowadzania kwalifikacji do Programu,
2. w stosunku do podmiotu składającego niniejszą ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych,
3. podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku bankowego, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym,
4. kwota otrzymanej dotacji przeznaczona zostanie na realizację Programu zgodnie z ofertą i że w tym zakresie Program nie będzie finansowany z innych źródeł,
5. wszystkie informacje podane w ofercie oraz w załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym podmiotu składającego ofertę,
6. osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu składającego ofertę nie były karane i nie orzeczono wobec nich zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
7. podmiot składający ofertę posiada bazę lokalowo-sprzętową do realizacji Programu,
8. podmiot składający ofertę zatrudnia zespół specjalistów z odpowiednimi kwalifikacjami i doświadczeniem zawodowym niezbędnym do realizacji Programu,
9. podmiot składający ofertę będzie raportował wyniki leczenia Europejskiemu Towarzystwu Rozrodu Człowieka i Embriologii (ESHRE – European Society of Human Reproduction and Embryology) w ramach programu European IVF Monitoring,
10. podmiot składający ofertę w zakresie związanym z otwartym konkursem ofert, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, będzie przestrzegał zapisów ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r., str. 1),
11. podmiot składający ofertę spełnia zakres minimalnych wymagań służących zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, które zostały określone w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U. z 2020 r. poz. 1062 z późn. zm.).

**Jestem/śmy świadomy/i odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

........................................... …..........................................................................................

(pieczęć podmiotu) (data i podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób

 upoważnionych do składania oświadczeń woli

 w imieniu podmiotu składającego ofertę)

Pouczenie:

• Ofertę należy wypełnić wyłącznie w białych pustych polach, zgodnie z instrukcjami umieszczonymi przy poszczególnych polach