



Prezydent Miasta Lublin



Załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej w latach 2023-2025 „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Lublin” stanowiących załącznik nr 2 do zarządzenia nr 139/1/2023 Prezydenta Miasta Lublin z dnia 30 stycznia 2023 r.

.....
Pieczęć firmowa oferenta

Urząd Miasta Lublin
Wydział Zdrowia i Profilaktyki
tel. 081 466 34 00 fax: 081 466 34 01

FORMULARZ OFERTOWY

do konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej w latach 2023-2025 „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Lublin”

I. DANE OFERENTA			
Nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)			
Osoba/y upoważniona/e do reprezentowania oferenta	imię i nazwisko:		
Adres siedziby oferenta:	kod:	miejsowość:	ulica i numer:
	numer telefonu:	numer faksu:	e-mail:
Adres do korespondencji (nie wpisywać jeśli taki sam jak adres siedziby):	kod:	miejsowość:	ulica i numer:
	numer telefonu:	numer faksu:	e-mail:
NIP:			
REGON:			
Numer wpisu do KRS	Nr:	Data:	



Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	Nazwa organu dokonującego wpisu:	
	Numer:	Data rejestracji:
Nazwa i adres podmiotu leczniczego, w którym będzie realizowany program		
Kierownik ośrodka lub komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego	imię i nazwisko: doświadczenie:	
Wskazany Koordynator programu	imię i nazwisko:	
Główny księgowy lub osoba wskazana do prowadzenia rozliczenia finansowego programu (telefon kontaktowy)	imię i nazwisko:	
Nazwa banku:		
Numer konta		
II. ILOŚĆ WYKONANYCH PROCEDUR, WARUNKI LOKALOWE PODMIOTU LECZNICZEGO, WYPOSAŻENIE PODMIOTU LECZNICZEGO W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY		
<p>1. Ilość wykonanych procedur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • w roku 2022 • w roku 2021 • w roku 2020 		
<p>2. Warunki lokalowe podmiotu leczniczego:</p>		


3. Wyposażenie podmiotu leczniczego w aparaturę i sprzęt medyczny:

--

III. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB REALIZUJĄCYCH PROGRAM

Lp.	Imię i Nazwisko	Uzyskane specjalizacje	Posiadane certyfikaty	Doświadczenie (określone w miesiącach) w leczeniu metodą zapłodnienia pozaustrojowego)
lekarze specjaliści w zakresie ginekologii i położnictwa i/lub specjaliści z endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości lub będący w trakcie realizacji specjalizacji				
analityk medyczny / biolog legitymujący się udokumentowanym doświadczeniem w zakresie stosowania metod wspomaganego rozrodu (certyfikaty ESHRE, PTMRiE)				



III. LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB REALIZUJĄCYCH PROGRAM				
Lp.	Imię i Nazwisko	Uzyskane specjalizacje	Posiadane certyfikaty	Doświadczenie (określone w miesiącach) w leczeniu metodą zapłodnienia pozaustrojowego)
lekarz specjalista anestezjolog				
pielęgniarki i położne				
psycholog				

IV. PODSTAWOWE INFORMACJE O ZAPEWNIENIU DOSTĘPNOŚCI ARCHITEKTONICZNEJ, CYFROWEJ, INFORMACYJNO-KOMUNIKACYJNEJ, OSOBOM ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI (WINDA, PODNOŚNIK, MIEJSCA PARKINGOWE, itp.)

--



**V. SPOSÓB ORGANIZACJI DZIAŁAŃ INFORMACYJNYCH O REALIZACJI PROGRAMU
(rodzaj działań, liczba działań i czas realizacji)**

--

VI. HARMONOGRAM PLANOWANYCH DZIAŁAŃ W RAMACH REALIZACJI PROGRAMU

--

**VII. PROPONOWANA LICZBA PROCEDUR ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO DO
REALIZACJI W PROGRAMIE**

--

Lublin, dnia

1.

2.

3.

(Podpisy i pieczęcie osób upoważnionych)

Uwaga!

- 1) Formularz ofertowy należy wypełnić w całości nie zostawiając żadnych pustych miejsc.
- 2) W miejscach, które nie dotyczą oferenta należy wpisać - nie dotyczy.
- 3) Formularze pisane odręcznie należy wypełniać czytelnie.