.....
Poświadczenie złożenia sprawozdania

.....
pieczątka nagłówkowa zleceniobiorcy

WNIOSEK
(Harmonogram rzeczowo - finansowy na ……...rok)

w zakresie realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Słupski program przeciwdziałania skutkom niepłodności poprzez dofinansowanie leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2023 – 2027”

1. Pełna nazwa Zleceniobiorcy(-ców) (nazwa, adres siedziby, telefon, e-mail)**:**	
2. Numer umowy:	
3. Data zawarcia umowy:	
4. Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących sprawozdania (imię i nazwisko, stanowisko/funkcja, numer telefonu, adres e-mail)**:**	

5. Opis planowanej realizacji zadania:

1.1 Akcja promocyjno – informacyjna:

.....

1.2 Kwalifikacja par oraz działania edukacyjne:

.....

1.3 Warunki lokalowe, sprzętowe i kadrowe:

.....

1.4 Inne istotne według realizatora informacje:

.....

6. Statystyka realizacji w roku bieżącym:

Lp.	Nazwa	Ilość
1.	Ilość zrealizowanych procedur zapłodnienia pozaustrojowego u mieszkańców miasta Słupska na dzień sporządzenia wniosku, w tym:	
	Ilość zrealizowanych procedur zapłodnienia pozaustrojowego u mieszkańców miasta Słupska w ramach programu	
2.	Przewidywana liczba procedur zrealizowanych w całym roku w ramach programu (do 31 grudnia)	

7. Liczba wnioskowanych procedur na ….....rok:

Urząd Miejski w Słupsku; Plac Zwycięstwa 3; 76-200 Słupsk; tel. (0-59) 8488300, urzad@um.slupsk.pl
Wydział merytoryczny: Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych – Plac Zwycięstwa 1, 76-200 Słupsk, pokój 208, tel. (0-59) 8488371, fax. (0-59) 8488469; e-mail: wziss@um.slupsk.pl

1.	Planowana liczba procedur do wykonania	
2.	Planowana wysokość dofinansowania (w zł)	

8. Kosztorys realizacji zadania publicznego w podziale na interwencje w ramach części biotechnologicznej:

Kosztorys zadania na ….....rok

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Lp.	**Koszty związane z realizacją zadania**	**Koszt jednostkowy procedury**	**z tego**		**Ilość**	**Koszt całkowity (kol. 3 x kol. 6) (w zł)**	**z tego**	
			Poziom dofinansowania (w zł)	**Poziom dofinansowania (w %)**			**Poziom dofinansowania (w zł)**	**Poziom dofinansowania (w %)**
1.	Punkcja pęcherzyków jajowych wraz ze znieczuleniem ogólnym stosowanym podczas punkcji / koordynacja procesów medycznych dawczyni i biorczyni oraz przygotowanie biorczyni do transferu zarodka/zarodków *							
2.	Zapłodnienie komórki jajowej dostępnymi metodami oraz nadzór nad rozwojem zarodków							
3.	Przeprowadzenie zarodka/zarodków do jamy macicy							
4.	Witryfikacja zarodków / komórek jajowych oraz ich przechowywanie przez 1 rok **							
Finansowanie ogółem:					X			

* Kosztorys jest wspólny dla procedury z wykorzystaniem własnych gamet (dawstwo partnerskie) lub gamet w dawstwie innym niż partnerskie. Zgodnie z rozdziałem VI Programu (budżet programu polityki zdrowotnej) podrozdziałem 1 (koszty jednostkowe) koszt punkcji pęcherzyków jajowych wraz ze znieczuleniem ogólnym został określony na tym samym poziomie jak koordynacja procesów medycznych dawczyni i biorczyni wraz z przygotowaniem biorczyni do transferu zarodka/zarodków.

** W określonych okolicznościach jest możliwość wykonania procedury kriokonserwacji komórek jajowych jako alternatywy dla kriokonserwacji zarodków (strona 22 Programu).

9. Kosztorys akcji informacyjno – promocyjnej oraz kwalifikacji par:

Lp.	**Koszty związane z realizacją zadania**	**Całkowity koszt (w zł)**	**z tego**		
			Środki własne podmiotu (w zł)	**Poziom dofinansowania (w zł)**	**Poziom dofinansowania (w %)**
1.	Akcja informacyjno - promocyjna				
2.	Kwalifikacja par				

10. Kosztorys dla jednej procedury ze względu na źródło finansowania:

Urząd Miejski w Słupsku; Plac Zwycięstwa 3; 76-200 Słupsk; tel. (0-59) 8488300, urzad@um.slupsk.pl
Wydział merytoryczny: Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych – Plac Zwycięstwa 1, 76-200 Słupsk, pokój 208, tel. (0-59) 8488371, fax. (0-59) 8488469; e-mail: wziss@um.slupsk.pl

Lp.	Źródło finansowania	Koszt w złotych PLN	%
1.	Koszt całkowity pełnej jednostkowej procedury od momentu rozpoczęcia diagnostyki do momentu przeniesienia zarodka do jamy macicy		
2.	Wnioskowana kwota dofinansowania		
3.	Finansowe środki własne, wpłaty i opłaty adresatów		
Razem			

11. Uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
pieczęć zleceniobiorcy

.....
osoba lub osoby upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu zleceniobiorcy

Z up. PREZYDENTA
Miasta Słupska
Marta Makuch
ZASTĘPCA PREZYDENTA

Urząd Miejski w Słupsku; Plac Zwycięstwa 3; 76-200 Słupsk; tel. (0-59) 8488300, urzad@um.slupsk.pl
Wydział merytoryczny: Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych – Plac Zwycięstwa 1, 76-200 Słupsk, pokój 208, tel. (0-59) 8488371, fax. (0-59) 8488469; e-mail: wziss@um.slupsk.pl