# Załącznik nr 3

do Zarządzenia Nr 34/2024

Prezydenta Miasta Włocławek

z dnia 6 lutego 2024 r.

## ZAKTUALIZOWANY ZAKRES RZECZOWY I KOSZTORYS

## program polityki zdrowotnej pn. „Program wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców miasta Włocławek na 2024 rok”

1. Pełna nazwa Oferenta:

|  |
| --- |
|  |

1. Uczestnicy programu (liczba par):

|  |
| --- |
|  |

1. Kosztorys:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Świadczenie | Liczba pacjentek | Koszty realizacji | | | |
| Koszt jednostkowy procedury  (w zł) | Wnioskowane dofinansowanie  do procedury\*  (w zł) | Koszt całkowity  (w zł) | Wysokość  wnioskowanego dofinansowania  (w zł) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 (3x4) | 7 (3x5) |
| 1. | Leczenie niepłodności – procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego |  |  |  |  |  |
| 2. | Leczenie niepłodności – procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie |  |  |  |  |  |
| 3. | Leczenie niepłodności – procedura dawstwa zarodka w ramach dawstwa innego niż partnerskie (w tym koszty przechowywania, przetwarzania, dystrybucji, zastosowania zarodka uzyskanego od dawców) |  |  |  |  |  |
|  | **Ogółem - kwota brutto w zł:** | | | | |  |
|  | słownie: | | | | | |

*\*.maksymalne dofinansowanie do 1 procedury wynosi 7 000 zł*

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

podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych   
do reprezentowania Oferenta