

.....
Miejscowość, data

**SPRAWOZDANIE OKRESOWE Z REALIZACJI
„GMINNEGO PROGRAMU LECZENIA NIEPŁODNOŚCI METODĄ ZAPŁODNIENIA
POZAUSTROJOWEGO DLA MIESZKAŃCÓW KRAKOWA”
W 2023 ROKU**

I. DANE OGÓLNE		
1.	Nazwa Podmiotu <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>	
2.	Adres siedziby Podmiotu <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>	
3.	Adres miejsca wykonywania Programu	
4.	Numer telefonu Podmiotu	
5.	Adres e-mail Podmiotu	
6.	Okres, którego dotyczy sprawozdanie	

II. OCENA ZGŁASZALNOŚCI DO PROGRAMU, W TYM MONITORING		
1.	Liczba par, które złożyły wnioski o udział w Programie w danym okresie sprawozdawczym	
2.	Liczba i odsetek par zakwalifikowanych przez Podmiot do Programu w danym okresie sprawozdawczym	

3.	Liczba i odsetek par niezakwalifikowanych przez Podmiot do Programu w danym okresie sprawozdawczym	
4.	Liczba par, które otrzymały potwierdzenie dofinansowania do procedury od Gminy Miejskiej Kraków w danym okresie sprawozdawczym	
5.	Liczba przeprowadzonych procedur w danym okresie sprawozdawczym	
6.	Liczba par, które zakończyły uczestnictwo w Programie w danym okresie sprawozdawczym	

III. OCENA JAKOŚCI I EFEKTYWNOŚCI ŚWIADCZEŃ W PROGRAMIE, W TYM MONITORING

1.	Liczba i odsetek cięż w danym okresie sprawozdawczym	
2.	Liczba i odsetek procedur zakończonych niepowodzeniem w danym okresie sprawozdawczym	
3.	Przyczyny niepowodzeń procedur wykonanych w ramach Programu w danym okresie sprawozdawczym	Para 1:
		Para 2:
		Para 3:
		Para ...
4.	Liczba i odsetek urodzeń żywych w danym okresie sprawozdawczym (jeżeli dotyczy)	
5.	Poziom satysfakcji uczestników Programu w danym okresie sprawozdawczym (na podstawie ankiety, stanowiącej załącznik nr 1 do Programu)	

**IV. DANE PAR, KTÓRE ZAKOŃCZYŁY UDZIAŁ
W PROGRAMIE W DANYM OKRESIE SPRAWOZDAWCZYM**

PARA NR ...

(zgodnie z numerem nadanym przez Gminę Miejską Kraków podczas potwierdzenia dofinansowania dla pary)

1.	Numer PESEL kobiety																										
2.	Numer PESEL mężczyzny																										
3.	Procedura, do której para została zakwalifikowana	<p>procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego</p> <p>procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie – dawstwo męskich komórek rozrodczych</p> <p>procedura zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie – dawstwo żeńskich komórek rozrodczych</p> <p>procedura adopcji zarodka</p> <p align="right"><i>(proszę zaznaczyć właściwą pozycję)</i></p>																									
4.	Badania, świadczenia zdrowotne i usługi faktycznie wykonane na rzecz pary w ramach procedury wraz z ceną <i>(zgodnie z cennikiem wykazany przez oferenta w złożonej ofercie)</i>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Badanie, świadczenie zdrowotne lub usługa ze wskazaniem numeru pozycji z cennika zawartego w ofercie</th> <th>Cena jednostkowa brutto</th> <th>Ilość</th> <th>Cena brutto łącznie</th> <th>Koszt kwalifikowalny (tak lub nie)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Badanie, świadczenie zdrowotne lub usługa ze wskazaniem numeru pozycji z cennika zawartego w ofercie	Cena jednostkowa brutto	Ilość	Cena brutto łącznie	Koszt kwalifikowalny (tak lub nie)																				
		Badanie, świadczenie zdrowotne lub usługa ze wskazaniem numeru pozycji z cennika zawartego w ofercie	Cena jednostkowa brutto	Ilość	Cena brutto łącznie	Koszt kwalifikowalny (tak lub nie)																					
5.	Całkowity koszt procedury																										
6.	Całkowity koszt kwalifikowalny <i>(koszt świadczeń podlegających dofinansowaniu w ramach Programu)</i>																										
7.	Kwota dofinansowania Gminy Miejskiej Kraków																										

8.	Koszt własny pary	
9.	Czy została przeprowadzona, zgodnie z Programem, zindywidualizowana procedura medycznie wspomaganej prokreacji? <i>(proszę wpisać tak lub nie)</i>	
10.	Czy procedura zakończyła się na wcześniejszym etapie? <i>(proszę wpisać tak lub nie)</i>	
11.	W przypadku zakończenia procedury na wcześniejszym etapie, proszę podać powód jej zakończenia <i>(proszę wpisać zgodnie z poniższym: 1)z przyczyn medycznych 2)z przyczyn obiektywnych i niezależnych od pary 3)z przyczyn innych niż wymienione w punktach 1-2)</i>	
12.	W przypadku zakończenia procedury na wcześniejszym etapie proszę podać syntetyczne uzasadnienie/przyczynę	

.....
Data, podpisy pary biorącej udział w Programie

.....
Data, podpis/podpisy osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do złożenia Sprawozdania z realizowanego Programu