Załącznik nr 3

do ogłoszenia konkursu ofert na

realizację programu polityki zdrowotnej

z dnia 9 lutego 2024 r.

FORMULARZ KALKULACJI KOSZTÓW

### ***„*Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Nowy Duninów w 2024 roku*”***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi/świadczenia** | **Liczba usług/sztuk** | **Jednostka miary** | **Koszt jednostkowy**  **(w zł brutto)** | **Koszt całkowity**  **(w zł brutto) w 2024 r.** |
| **1.\*** | Edukacja zdrowotna | 5 | **usługa** |  |  |
| **2.\*** | Konsultacja lekarska | 100 | **usługa** |  |  |
| **3.\*** | Konsultacja mgr fizjoterapii | 200 | **usługa** |  |  |
| **4. \*** | Indywidualne plany rehabilitacji | 100 | **sztuka** |  |  |
| **5. \*** | Zajęcia indywidualne z fizjoterapeutą | 1000 | **usługa** |  |  |
| **6. \*** | Koszt przygotowania, druku i analizy wyników ankiet satysfakcji, testów wiedzy dla uczestników Programu | 300 | **sztuka** |  |  |
| **7. \*** | Koszt opracowania graficznego i wydruku ulotki promocyjno-informacyjnej | 200 | **sztuka** |  |  |
| **CENA OFERTY OGÓŁEM:** | | | | |  |

\* Rodzaje kosztów powinny być zgodne z zakresem planowanych interwencji opisanych szczegółowo w ogłoszeniu konkursowym i Programie.

|  |
| --- |
| **II. OŚWIADCZENIE OFERENTA** |
| Oświadczam, że w przypadku wyboru ww. oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na świadczenie usług zgodnie z zakresem wynikającym z treści programu polityki zdrowotnej.  …..……, dnia ….……………. …………..………………………………...  *Podpis osoby upoważnionej do składania*  *oświadczeń w imieniu oferenta* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA** | **PIECZĄTKA OFERENTA** | **PODPIS**  **osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji oferenta**  **W przypadku oferty wspólnej podpis pełnomocnika podwykonawców** |
|  |  |  |