

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 OGÓLEM:					

* 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