

Załącznik nr 3  
do ogłoszenia konkursu ofert na  
realizację programu polityki zdrowotnej  
z dnia 13 marca 2024 r.

**FORMULARZ KALKULACJI KOSZTÓW**  
**„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Nowy Duninów na lata 2023-2025”**

Lp.	Nazwa usługi/świadczenia	Liczba osób/usług	Jednostka miary	Koszt jednostkowy (w zł brutto)	Koszt ogółem (w zł brutto)	
					Rok 2024	Rok 2025
1.*	Szkolenie personelu medycznego: szkolenie w formie stacjonarnej lub e-learningu zaplanowane dla grupy co najmniej 5 osób	1	usługa			
2.*	Edukacja zdrowotna – wykład stacjonarny	2	usługa			
3.*	Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX	570	osoba			
4.*	Pomiar BMD za pomocą DXA	230	osoba			
5.*	Lekarska wizyta podsumowująca	230	osoba			
6.*	Monitoring i ewaluacja	1	usługa			
7.*	Koszt personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia	1	usługa			
8.*	Działania informacyjne	1	usługa			
9.*	Działania edukacyjne, w tym przygotowanie materiałów w postaci ulotek, plakatów, broszur	1	usługa			
<b>ROZNY KOSZT PROGRAMU:</b>						
<b>CENA OFERTY OGÓLEM:</b>						
<b>10.</b>	<b>Wkład własny** - kalkulacja:</b>	<b>(15 500,00 zł ***+ ..... zł (cena oferty ogółem) x 20% = ..... zł</b>				

\* Rodzaje kosztów w pozycjach 1-9 powinny być zgodne z zakresem planowanych interwencji opisanych szczegółowo w ogłoszeniu konkursowym i Programie.

\*\* Realizator zobowiązany jest do poniesienia wkładu własnego w wysokości wynikającej z kalkulacji przedstawionej w pozycji 10.

\*\*\* Koszt jest kategorią kosztu w budżecie programu polityki zdrowotnej – koszt funkcjonowania Rady ds. programu polityki zdrowotnej

## 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