

Załącznik nr 3
do ogłoszenia konkursu ofert na
realizację programu polityki zdrowotnej
z dnia 3 stycznia 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) | Koszt ogółem (w zł brutto) | Koszt ogółem (w zł brutto) |
|------------------------------|---|-------------------|--|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | | | | Rok 2023 | Rok 2024 | Rok 2025 |
| 1.* | Szkolenie personelu medycznego: szkolenie w formie stacjonarnej lub e-learningu zaplanowane dla grupy co najmniej 5 osób | | usługa | | | | |
| 2.* | Edukacja zdrowotna – wykład stacjonarny | | usługa | | | | |
| 3.* | Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX | | osoba | | | | |
| 4.* | Pomiar BMD za pomocą DXA | | osoba | | | | |
| 5.* | Lekarska wizyta podsumowująca | | osoba | | | | |
| 6.* | Monitoring i ewaluacja | | 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 | | usługa | | | | |
| 8.* | Działania informacyjne | | usługa | | | | |
| 9.* | Działania edukacyjne, w tym przygotowanie materiałów w postaci ulotek, plakatów, broszur | | usługa | | | | |
| ROZNY KOSZT PROGRAMU: | | | | | | | |
| CENA OFERTY OGÓLEM: | | | | | | | |
| 10. | Wkład własny** - kalkulacja: | | (15 500,00 zł ***+ zł (cena oferty ogółem) x 20% = zł | | | | |

* 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 |
|------|--------------------|---|
| | | |