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)** | **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** |  |  |  |
| **ROCZNY KOSZT PROGRAMU:** | | | | | | |  |  |
| **CENA OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | |  | |
| **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** |
|  |  |  |