Załącznik nr 2 do ogłoszenia

Zmieniony 01 03 2024r.

FORMULARZ KALKULACJI KOSZTÓW

***„Program profilaktyki osteoporozy na terenie Gminy Ostrów Wielkopolski – gmina wiejska w latach 2023-2025. Realizowany w latach 2023-2025 przez okres minimum 730 dni”***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi/świadczenia** | **Liczba osób/usług** | **Koszt jednostkowy** **(w zł brutto)** | **Koszt ogółem****(w zł brutto)** |
|  | **Koszty bezpośrednie** |  |  |  |
| **1.\*** | Koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego – *17 przychodni na terenie Gminy Wiejskiej i Miejskiej Ostrowa Wielkopolskiego*  | 17 przychodni |  |  |
| **2.\*** | Koszt przygotowania i prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców | 5.494 osoby  |  |  |
| **3. \*** | Koszt obsługi narzędzia FRAX | 1.650 osób |  |  |
| **4. \*** | Koszt pomiaru BMD za pomocą DXA | 610 osób |  |  |
| **5. \*** | Koszt lekarskiej wizyty podsumowującej | 610 osób |  |  |
|  | **Koszty pośrednie** |  |  |  |
| **6. \*** | Ewaluacja i monitorowanie | 2 osoby |  |  |
| **7\*** | Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.) | 5.494 osoby |  |  |
| **CENA OFERTY OGÓŁEM:** |  |

\* Rodzaje kosztów w pozycjach 1-7 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** |
|  |  |  |