Załącznik nr 2 do ogłoszenia

FORMULARZ KALKULACJI KOSZTÓW

### ***„Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród mieszkańców GminyKłodawa 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 |  | **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** |  |  |  |  |
| **ROCZNY KOSZT PROGRAMU:** | | | | |  |  |  |
| **CENA OFERTY OGÓŁEM:** | | | | |  | | |

\* Rodzaje kosztów w pozycjach 1-9 powinny być zgodne z zakresem planowanych interwencji opisanych szczegółowo w ogłoszeniu konkursowym i Programie. 20 % ceny oferty ogółem stanowić będzie wkład własny realizatora programu.

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