Załącznik nr 2 do ogłoszenia

FORMULARZ KALKULACJI KOSZTÓW

### ***„ Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Miasta i Gminy Łasin 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.\*** | Szkolenia personelu medycznego: szkolenie w formie stacjonarnej lub e-learningu zaplanowane dla grupy co najmniej 5 osób  | 1 | usługa |  |  |  |
| **2.\*** | Edukacja zdrowotna dla osób w przedziale wiekowym 50 lat i więcej – wykład (2 x 60 minut) 2 grupy x 30 osób | 2 | usługa |  |  |  |
| **3.\*** | Działania informacyjno-edukacyjne z oceną 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 informacyjno-edukacyjne  | 620 | osoba |  |  |  |
| **9 \*** | Działania promocyjne, w tym przygotowanie materiałów w postaci ulotek, plakatów, broszur | 1 | 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** |
|  |  |  |