Załącznik nr 3 do ogłoszenia

**FORMULARZ KALKULACJI KOSZTÓW**

**„Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy dla mieszkańców gminy Biały Bór na lata 2023-2025”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 – 30 osób |  |  |  |
| 2.\* | Koszt przygotowania i prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnego na terenie gminy Biały Bór (wkład własny) |  |  |  |
| 3.\* | Koszt przygotowania kwalifikacji uczestników do interwencji i koszt obsługi narzędzia FRAX (wkład osobowy) |  |  |  |
| 4.\* | Badanie densytometryczne 2-ch okolic – szyjka kości udowej oraz odcinek kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowy |  |  |  |
| 5.\* | Wizyta lekarska podsumowująca suma kosztów bezpośrednich |  |  |  |
| Suma kosztów bezpośrednich | | | |  |
| Koszty pośrednie | | | | |
| 6.\* | Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.) *min. 1 raz w każdym półroczu* |  |  |  |
| 7.\* | Koszt wynajmu świetlic  *min. 1 raz w każdym półroczu w każdej świetlicy (16 świetlic) na terenie sołectw i Sali w Białym Borze* |  |  |  |
| 8.\* | Koszt transportu uczestników programu do miejsca wykonywania badań  *z każdego sołectwa (17 sołectw) = Biały Bór min. 1 raz na kwartał w 2024r. i 2025r.* |  |  |  |
| 9.\* | Koszt personelu PPZ po stronie Organizatora (Koordynatora projektu, obsługa finansowa, rozliczenie) |  |  |  |
| 10.\* | Koszty personelu obsługowego po stronie Realizatora (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, monitorowanie i ewaluacja) |  |  |  |
| Suma kosztów pośrednich | | | |  |
| **SUMA KOSZTÓW OFERTY** | | | |  |

\*Rodzaje kosztów w pozycjach 1-10 powinny być zgodne z zakresem planowanych inwestycji opisanych w ogłoszonym konkursie i Programie.

|  |
| --- |
| **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.* |