

FORMULARZ KALKULACJI KOSZTÓW

*Załącznik nr 2 do Ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej
pn. „Profilaktyka stomatologiczna dla dzieci w wieku 7-11 lat, zamieszkałych w Poznaniu, na lata 2021-2023”*

|  |
| --- |
| **I. CAŁKOWITA KALKULACJA KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU** |
| **Lp.** | **Nazwa usługi/towaru/świadczenia** | **Liczba/rodzaj** | **Całkowity koszt jednostkowy** **(w zł brutto)** | **Koszt ogółem****(w zł brutto)** | **Koszt ogółem****(w zł brutto)** | **Koszt ogółem****(w zł brutto)** |
| **Rok 2021** | **Rok 2022** | **Rok 2023** |
| **1.\*** | **Działania edukacyjne** powinny objąć przeprowadzenie przynajmniej następujących elementów:* zaplanowanie edukacji skierowanej do dzieci oraz ich rodziców/opiekunów
* opracowanie tematyki spotkań zgodnej z zakresem określonym w Programie
* przygotowanie treści i materiałów edukacyjnych dostosowanych do wieku odbiorców
* przeprowadzenie spotkań edukacyjnych (bezpośrednich lub online)
* przeprowadzenie kwalifikacji uczestników do Programu
* ocenienie wiedzy uczestników Programu i ich rodziców/opiekunów
 |  |  |  |  |  |
| **2.\*** | **Badanie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej** powinno objąć przeprowadzenie przynajmniej następujących elementów:* przegląd stanu uzębienia
* określenie wskaźnika puw i PUW
* instruktaż profilaktyki przeciwpróchnicowej
 |  |  |  |  |  |
| **3.\*** | **Lakowanie bruzd zębów pierwszych trzonowych (stałych)** powinno objąć przeprowadzenie przynajmniej następujących elementów:* indywidualną analizę potrzeby wykonania zabezpieczenia bruzd zębów pierwszych trzonowych (stałych)
* w przypadku stwierdzonej potrzeby wykonanie procesu lakowania przez lekarza dentystę
 |  |  |  |  |  |
| **4.** | Inne koszty niezbędne do realizacji Programu – należy podać nazwę usługi/towaru/świadczenia |  |  |  |  |  |
| **SUMA:** |  |  |  |  |  |
|  | **CENA OFERTY OGÓŁEM:**  |

\**Rodzaje kosztów w pozycjach 1-3 powinny być zgodne z zakresem planowanych interwencji opisanych szczegółowo w ogłoszeniu konkursowym i Programie.*

|  |
| --- |
| **II. DEKLAROWANA LICZBA BADAŃ I USŁUG W POSZCZEGÓLNYCH LATACH REALIZACJI PROGRAMU** |
| **Planowane badania i usługi** | **Liczba badań/usług planowanych na rok realizacji Programu** |
| **Rok 2021** | **Rok 2022** | **Rok 2023** |
| Działania edukacyjne |  |  |  |
| Badanie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej |  |  |  |
| Lakowanie bruzd zębów pierwszych trzonowych (stałych) |  |  |  |
| OGÓŁEM |  |  |  |

|  |
| --- |
| **III. UWAGI OFERENTA ISTOTNE DLA OCENY KALKULACJI KOSZTÓW** |
|  |

|  |
| --- |
| **IV. OŚWIADCZENIA 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 pn. „Profilaktyka stomatologiczna dla dzieci w wieku 7-11 lat zamieszkałych w Poznaniu na lata 2021-2023 ”.Poznań, 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*** |
|  |  |  |