

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*** |
|  |  |  |