



FORMULARZ KALKULACJI KOSZTÓW

*Załącznik nr 2 do ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej   
pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród kobiet w wieku 50+, zamieszkałych w Poznaniu, na lata 2024-2027”*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. CAŁKOWITA KALKULACJA KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU** | | | | | | | | |
| **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)** | **Koszt ogółem**  **(w zł brutto)** |
| **Rok 2024** | **Rok 2025** | **Rok 2026** | **Rok 2027** |
| **1.\*** | **Działania edukacyjne** powinny objąć przynajmniej:   1. zaplanowanie edukacji skierowanej do osób zamieszkałych w Poznaniu, w szczególności kobiet od 50 roku życia, 2. opracowanie tematyki spotkań zgodnej z zakresem określonym w Programie, 3. przygotowanie/zapewnienie materiałów edukacyjnych i ich upowszechnianie, 4. przeprowadzenie spotkań edukacyjnych (bezpośrednich i/lub online), 5. ocenienie wiedzy uczestniczek Programu |  | Np.  osoba  /rok |  |  |  |  |  |
| **2.\*** | **Badanie kwalifikacyjne** powinno objąć przynajmniej:   1. badanie lekarskie z diagnostyką wstępną i wywiadem lekarskim, 2. wykluczenie przeciwskazań do dalszych badań, 3. zakwalifikowanie pacjentki do obliczenia indywidualnego ryzyka złamania, 4. działania z zakresu promocji zdrowia |  | **osoba** |  |  |  |  |  |
| **3.\*** | **Badanie diagnostyczne** powinno objąć przynajmniej:   1. ocenę bezwzględnego 10-letniego ryzyka złamania na podstawie występowania u pacjentki czynników ryzyka złamań, 2. wykonanie densytometrii szyjki kości udowej – dotyczy pacjentek, u których lekarz w trakcie badania kwalifikacyjnego stwierdzi wysokie ryzyko wystąpienia osteoporozy |  | **osoba** |  |  |  |  |  |
| **4.** | **Inne koszty** niezbędne do realizacji Programu zgodne z rodzajami kosztów wskazanymi w Programie |  | Np.  rok |  |  |  |  |  |
| **ROCZNY KOSZT PROGRAMU:** | | | | |  |  |  |  |
| **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 2024** | **Rok 2025** | **Rok 2026** | **Rok 2027** |
| Działania edukacyjne |  |  |  |  |
| Badanie kwalifikacyjne |  |  |  |  |
| Badanie diagnostyczne |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM:** |  |  |  |  |

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

|  |
| --- |
| **IV. 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 pn. *„Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród kobiet w wieku 50+, zamieszkałych w Poznaniu, na lata 2024-2027”*.  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** |
|  |  |  |