**Załącznik nr 3**

**FORMULARZ KALKULACJI CENOWEJ**

**do ogłoszenia o konkursie nr WSS-I.1.2018.WP na realizację zadania program polityki zdrowotnej pn.**„ Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych
 w Szczecinie”.

1. **Pełna nazwa Oferenta** :………………………………………………………………………..……………………

 ........................................................................................................................................................................

1. **Proponowana ilość osób objętych programem bezpłatnych szczepień przeciwko grypie**....................................................................................................................................................,
2. **Nazwa preparatu szczepionkowego** ……………………………………………………………………………..,
3. **Doświadczenie Oferenta** tak/nie (niepotrzebne skreślić) w realizacji zadań/świadczeń/ programów z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia - szczepienia ochronne przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia (proszę podać liczbę odbiorców zadania) …………………………
4. **Ilość gabinetów szczepień** biorących udział w realizacji programu w lewobrzeżnej …. i prawobrzeżnej …… części Szczecina;
5. **Kalkulacja kosztów zadania**:

6.1.Cena jednostkowa szczepienia przeciwko grypie, w tym badania lekarskiego
 kwalifikującego do szczepienia i usługi szczepienia wraz z zakupem preparatu
 szczepionkowego …………………………(w zł brutto),

6.2. Inne koszty niezbędne do realizacji Programu, a nieuwzględnione powyżej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa towaru / usługi**  | **Koszt brutto** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  Razem |  |

 **6.3. Koszt całkowity realizacji zadania (zł brutto ......................................**

 **(słownie złotych brutto:………………….……………………………………………**

........................................... ...........................................................................................

 data: pieczątka i podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji
 Oferenta, w przypadku oferty wspólnej – podpis