**Załącznik nr 3**

**FORMULARZ KALKULACJI CENOWEJ**

do konkursu ofert nr WSS-I.1.2017.WP na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia – program polityki zdrowotnej pn. "Zapobieganie próchnicy wśród dzieci klas VI uczęszczających do szczecińskich szkół podstawowych "

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

2. Planowana całkowita liczba dzieci klas VI szczecińskich szkół podstawowych w latach
 2017-2020 …………………………………………………….;

2.1. Planowana liczba dzieci klas VI szczecińskich szkół podstawowych w poszczególnych
 działań i interwencji w roku kalendarzowym:

 a) 2017 r. : działania edukacyjne - ………………………osób;
 pierwsza wizyta stomatologiczna -………….osób;
 lakowanie zębów -…………………………….osób.

 b) 2018 r.: działania edukacyjne - ……………………….osób;
 pierwsza wizyta stomatologiczna -………….osób;
 lakowanie zębów - ……………………………osób;
 wizyta stomatologiczna kontrolna po 6 miesiącach - ……... osób.

 c) 2019 r.: działania edukacyjne - ……………………….osób;
 pierwsza wizyta stomatologiczna………………..
 lakowanie zębów ………………………………….
 wizyta stomatologiczna kontrolna po 6 miesiącach - ……… osób.

 d) 2020 r.: działania edukacyjne - ……………………….osób;
 pierwsza wizyta stomatologiczna………………..
 lakowanie zębów ………………………………….
 wizyta stomatologiczna kontrolna po 6 miesiącach - ……… osób.

3.Kalkulacja kosztów zadania:

3.1. Koszty I i II etapu programu:

|  |
| --- |
| **I. Koszty interwencji stomatologicznej** |
| Lp. | Rodzaj kosztu | Koszt jednostkowyw zł brutto | Planowany koszt wydatkóww roku 2017 | Planowany koszt wydatkóww roku2018 | Planowany koszt wydatkóww roku2019 | Planowany koszt wydatkóww roku2020 |
| I.1. | Koszt badania stomatologicznego jednego dziecka (zgodnie z pkt. 9.II.1-4 Zał. nr 1 Szczegółowe warunki konkursu)  |  |  |  |  |  |
| I.2. | Koszt lakowania zębów u jednego dziecka, dotyczy drugich zębów trzonowych, (zgodnie z pkt. 9.II.5. Zał. nr 1 Szczegółowe warunki konkursu)  |  |  |  |  |  |
| I.3. | Koszt stomatologicznej wizyty kontrolnej po 6 miesiącach (zgodnie z pkt. 9.III. Zał. nr 1 Szczegółowe warunki konkursu) |  |  |  |  |  |
| **II. Pozostałe koszty niezbędne do realizacji zadania** |
| Lp. | Rodzaj kosztu | Koszt jednostkowyw zł brutto | Planowany koszt w roku 2017 | Planowany koszt wydatkóww roku2018 | Planowany koszt wydatkóww roku2019 | Planowany koszt wydatkóww roku2020 |
| II.1. |  |  |  |  |  |  |
| II.2. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  ogółem |  |  |  |  |

3.2. Koszt całkowity realizacji ,,Programu” w latach 2017-2020
 ( zł brutto z podaniem wartości VAT) ……........................................................................

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

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

 data: pieczątka i podpis oferenta