

**FORMULARZ KALKULACJI KOSZTÓW**  
**„Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Cielądz na lata 2024-2025”**

Lp.	Nazwa usługi/świadczenia	Liczba osób/usług	Jednostka miary	Koszt jednostkowy (w zł brutto)	Koszt ogółem (w zł brutto)	Koszt ogółem (w zł brutto)
					Rok 2024	Rok 2025
1.*	Szkolenie personelu medycznego: szkolenie w formie stacjonarnej lub e-learningu zaplanowane dla grupy co najmniej 5 osób		usługa			
2.*	Edukacja zdrowotna		usługa			
3.*	Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX		osoba			
4.*	Pomiar BMD za pomocą DXA		osoba			
5.*	Lekarska wizyta podsumowująca		osoba			
6.*	Monitoring i ewaluacja		usługa			
7.*	Koszt personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia		usługa			
8.*	Działania informacyjne		usługa			
9.*	Działania edukacyjne, w tym przygotowanie materiałów w postaci ulotek, plakatów, broszur		usługa			
<b>ROCZNY KOSZT PROGRAMU:</b>						
<b>CENA OFERTY OGÓLEM:</b>						

\* Rodzaje kosztów w pozycjach 1-9 powinny być zgodne z zakresem planowanych interwencji opisanych szczegółowo w ogłoszeniu konkursowym i Programie. 20 % ceny oferty ogółem stanowić będzie wkład własny realizatora programu.

## II. 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.

....., dnia .....

.....  
*Podpis osoby upoważnionej do składania  
oświadczeń w imieniu oferenta*

<b>DATA</b>	<b>PIECZĄTKA OFERENTA</b>	<b>PODPIS osoby lub osób upoważnionych do reprezentacji oferenta</b>