**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 jednostkowy w zł brutto | Planowany koszt  wydatków w roku  2017 | | | | Planowany koszt  wydatków w roku  2018 | | Planowany koszt  wydatków w roku  2019 | | Planowany koszt  wydatków w roku  2020 | |
| 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 jednostkowy w zł brutto | | Planowany koszt  w roku  2017 | Planowany koszt wydatków w roku  2018 | | | Planowany koszt wydatków w roku  2019 | | | | Planowany koszt  wydatków w roku  2020 |
| 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