**Załącznik nr 3**   
do konkursu ofert nr WSS-IV.1.2017.AB

do ogłoszenia o konkursie nr WSS-IV.1.2017.AB na projekt programu polityki zdrowotnej pn. **„Zapobieganie próchnicy wśród dzieci klas VI uczęszczających do szczecińskich szkół podstawowych”**

**Proszę o szczegółowe i zgodne ze złożoną ofertą konkursową wypełnienie formularza.**

**FORMULARZ KALKULACJI CENOWEJ**

1.Planowana kalkulacja kosztów realizacji programu:

1.1.Cena jednostkowa za poszczególne etapy i elementy zaplanowane do realizacji   
w projekcie programu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi /towaru /świadczenia | Koszt (w zł brutto) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| RAZEM | | |

1.2. Inne koszty niezbędne do realizacji zadania nieuwzględnione powyżej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi /towaru /świadczenia | Koszt (w zł brutto) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| RAZEM | | |

1.3. Koszt całkowity realizacji programu ( zł brutto) ……………......................................

**Oświadczam, że podane w formularzu dane są zgodne z danymi zawartymi w złożonej ofercie konkursowej.**

........................................... ........................................................................... data podpis oferenta/ pieczątka