**Załącznik nr 3**

**FORMULARZ KALKULACJI CENOWEJ**

do konkursu ofert nr WSS-I.2.2017.WP na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia – program polityki zdrowotnej pn. " Wykrywanie wad i schorzeń narządu wzroku
 wśród uczniów klas II szkół podstawowych "

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

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

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

 a) 2017 r. : wizyta okulistyczna ……………….osób;

 b) 2018 r.: wizyta okulistyczna ……………….osób;

 c) 2019 r.: wizyta okulistyczna ……………….osób;

 d) 2020 r.: wizyta okulistyczna ……………….osób;

3.Kalkulacja kosztów zadania:

3.1. Koszty I i II etapu programu:

|  |
| --- |
| **I. Koszty wizyty okulistycznej** |
| 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 wizyty okulistycznej (zgodnie z pkt. 9.II.a-d Zał. nr 1 Szczegółowe warunki konkursu)  |  |  |  |  |  |
| **II. Pozostałe koszty niezbędne do realizacji zadania** |
| 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