**Załącznik nr 3**

**FORMULARZ KALKULACJI CENOWEJ**

**do ogłoszenia o konkursie nr WSS-I.1.2020.WP na realizację zadania program polityki zdrowotnej pn.**„ Zapobieganie grypie i jej powikłaniom dla osób po 65 roku życia zameldowanych  
 w Szczecinie”, w 2020 roku.

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

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

1. **Proponowana ilość osób objętych programem bezpłatnych szczepień przeciwko grypie:**.................................................................................. ..................................................................;
2. **Forma rekrutacji pacjentów do Programu**:.....................................................................................;
3. **Nazwa preparatu szczepionkowego** ……………………………………………………………………………..,
4. **Doświadczenie Oferenta** tak/nie (niepotrzebne skreślić) w realizacji zadań/świadczeń/ programów   
   z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia - szczepienia ochronne przeciwko grypie dla osób powyżej   
   65 roku życia (proszę podać liczbę odbiorców zadania) …………………………
5. **Kalkulacja kosztów zadania**:

6.1.Cena jednostkowa szczepienia przeciwko grypie: .....................zł brutto, z rozbiciem na koszty:  
 a) zakupu preparatu szczepionkowego:...........................zł brutto

b) badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia i prowadzenie dokumentacji medycznej   
 zgodnie z obowiązującymi przepisami:.................. zł brutto  
 c) usługi szczepienia i prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi   
 przepisami: .........................zł brutto.

6.2. Koszt całkowity realizacji zadania (zł brutto ......................................

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

Oświadczenia:

1)Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.   
2)Oświadczam, że w przypadku wyboru niniejszej oferty, oferent, którego reprezentuję, nie będzie wykazywał do rozliczenia świadczeń zdrowotnych, udzielonych uczestnikom Programu (pacjentom), które są jednocześnie finansowane z innych środków, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia finansowego.

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

data: pieczątka i podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji Oferenta, w przypadku oferty  
 wspólnej – podpis