*Załącznik nr 2*

*do ogłoszenia konkursu ofert*

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

Pieczątka firmowa oferenta

**ZAKTUALIZOWANY HARMONOGRAM I KOSZTORYS**

**REALIZACJI PROGRAMU ZDROWOTNEGO W ROKU 2017**

**pn. „*Program polityki zdrowotnej na lata 2017-2018***

***w zakresie szczepień ochronnych przeciwko zakażeniom pneumokokowym wśród dzieci z terenu miasta Malborka urodzonych w 2015-2016 roku*”**

1. **HARMONOGRAM PLANOWANYCH DZIAŁAŃ, Z PODANIEM TERMINÓW ICH ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA, PRZY CZYM TERMIN ZAKOŃCZENIA REALIZACJI ZADANIA MUSI BYĆ ZGODNY Z PODANYM W OGŁOSZENIU:**

|  |
| --- |
|  |

1. **KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI PROGRAMU:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Kalkulacja kosztów wykonania szczepienia**  **u jednego dziecka**  (*koszt badania lekarskiego + koszt wykonania szczepienia + koszt zakupu szczepionki + koszty organizacyjne*) | **Koszt jednostkowy brutto:**  …................................ zł  w tym: |
| a) badanie lekarskie:  …..…........... zł |
| b) wykonanie szczepienia:  …................ zł |
| c) zakupu 1 dawki szczepionki (*koszt preparatu*):  …................ zł |
| d) koszty organizacyjne:  …................ zł |
| 2. | **Liczba planowanych dawek szczepionki:**  (*należy wpisać łączną liczbę dawek, jaką oferent planuje wykonać*  *w ramach realizacji Programu*)  ….......................................... | |
| 3. | **Koszt całkowity realizacji Programu**  *(koszt jednostkowy brutto x łączna liczba planowanych dawek)* | **…....................................... zł brutto.** |

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu: …........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

........……………............. ...........……………………………………

Miejscowość, data  *Podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji*