**Załącznik nr 2**

………………………………

Pieczęć oferenta

**OFERTA REALIZACJI PROGRAMU W ZAKRESIE ZADAŃ NA 2018 R.**

**WRAZ Z PLANEM RZECZOWO – FINANSOWYM**

|  |
| --- |
| **I. Wykaz i zakres działań planowanych do realizacji w ramach programu** |
|  **Badania epidemiologiczne:** |
| Liczba planowanych do wykonania badań: |  |
| Zakres planowanych do wykonania badań: |  |
| Zasięg planowanych do wykonania badań: |  |
| Metodologia i sposób realizacji badań: |  |
| Informacje dodatkowe: |  |
| **Badania socjomedyczne:** |
| Liczba planowanych do wykonania badań: |  |
| Zakres planowanych do wykonania badań: |  |
| Zasięg planowanych do wykonania badań: |  |
| Metodologia i sposób realizacji badań: |  |
| Informacje dodatkowe: |  |
| **Działania z zakresu promocji i edukacji zdrowia jamy ustnej wraz z zapewnieniem możliwości skorzystania z nadzorowanego szczotkowania zębów:** |
| Rodzaj, liczba i zakres planowanych do wykonania działań: |  |
| Informacje dodatkowe: |  |
| **Opracowanie badań w formie raportu końcowego:** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **II. Szczegółowa kalkulacja kosztów wykonania poszczególnych zadań objętych programem w 2018 r. (oraz ich części składowych)** |  |
| **Kategoria kosztów** | **Rodzaj kosztów****(opis uwzględniający wszystkie ilości i koszty jednostkowe danego działania oraz wraz z opisem czynności niezbędnych do wykonania, ze wskazaniem, które czynności będą wykonywane przez oferenta (jego pracowników) a które przez osoby trzecie)** | **Koszt w zł** | **Planowany udział własny** |
| Przeprowadzenie badań epidemiologicznych |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Badań socjomedycznych |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Działania z zakresu promocji i edukacji zdrowia jamy ustnej wraz z zapewnieniem możliwości skorzystania z nadzorowanego szczotkowania zębów |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Opracowanie badań w formie raportu końcowego |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **III. Harmonogram realizacji poszczególnych zadań objętych konkursem** |
| **Nazwa zadania** | **Planowany okres realizacji** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **IV. Informacje dodatkowe** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| ………………………………..............……………………. |
| Data, imienna pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej za sprawy finansowe Oferenta |

 |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ………………………………..............……………………. |
| Data, imienna pieczęć i podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta |
|  |

 |