Załącznik nr 2

do ogłoszenia   
o konkursie ofert

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

(pieczęć podmiotu leczniczego)

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

1. (aktualny numer tel. kontaktowego)

# ZAKTUALIZOWANY HARMONOGRAM I KOSZTORYS

# REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( j.t. Dz.U. z 2020 roku, poz. 1398 ze zm.).

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

(nazwa programu zgodna z ogłoszeniem konkursowym )

Osoby upoważnione do podpisania umowy (imię i nazwisko oraz funkcja):

1. .............................................................................................................
2. .............................................................................................................

Kwota przyznanych środków finansowych: .........................................zł

Numer rachunku bankowego:

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

1. **Harmonogram**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Realizacja programu | Termin realizacji programu |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |

**II. Kalkulacja kosztów realizacji programu**

1. **Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj kosztów \* | Ilość jednostek | Koszt jednostkowy | Rodzaj miary | Koszt całkowity  (w zł) |
|  |  |  |  |  |  |
| OGÓŁEM | | | | |  |

\*zgodnie z ogłoszeniem konkursowym

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

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

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

……………………….……………., dnia ……………………………..

………………………..……………………………………………………………………

(Podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)