**Załącznik nr 2**

…………………………

Pieczęć Oferenta

**Plan rzeczowo- finansowy wraz z harmonogramem realizacji zadania**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Plan rzeczowo- finansowy** | | | | | | |
| **Lp.** | **Wnioskowany sprzęt** | | **Planowany termin realizacji/ zakupu w roku 2018** | | **Szacunkowy koszt jednostkowy w PLN** | **Wnioskowana kwota w PLN** |
|
| **Zadanie 1. Wyposażenie w sprzęt stomatologiczny gabinetu dentystycznego (maksymalny koszt jednostkowy zadania do 115 000 zł)** | | | | | | |
| 1 | **Unit dentystyczny:**  fotel dentystyczny;  stolik narzędziowy lekarza;  spluwaczka ze ślinociągiem;  lampa;  rękaw turbinowy ze światłem z dedykowaną turbiną ze światłem LED;  rękaw mikrosilnika ze światłem LED z kątnicą ze światłem;  pompa ssąca;  kompresor;  lampa polimeryzacyjna LED;  skaler;  piaskarka,  separator amalgamatu) | |  | |  |  |
| 2 | autoklaw | |  | |  |  |
| 3 | wstrząsarka do amalgamatu | |  | |  |  |
| 4 | lodówka do przechowywania leków i materiałów stomatologicznych | |  | |  |  |
| 5 | biurko i fotel biurowy | |  | |  |  |
| 6 | szafy do przechowywania leków, narzędzi i materiałów stomatologicznych | |  | |  |  |
| 7 | szafy do przechowywania dokumentacji medycznej | |  | |  |  |
| 8 | szafka z umywalką oraz baterią sztorcową | |  | |  |  |
| 9 | podajnik mydła, środka dezynfekcyjnego oraz ręczników | |  | |  |  |
| **Koszt łączny zadania 1:** | | | | |  |  |
| **Zadanie 2. Opracowanie, realizacja i ocena projektu edukacyjnego w zakresie zdrowia jamy ustnej (maksymalny koszt jednostkowy zadania do 5 000 zł)** | | | | | | |
|  | Kategoria kosztów | Rodzaj kosztów  (opis uwzględniający wszystkie ilości i koszty jednostkowe danego działania, ich kalkulację oraz opis czynności niezbędnych do jego wykonania, ze wskazaniem, które czynności będą wykonywane przez oferenta (jego pracowników) a które przez osoby trzecie) | | | | Koszt w zł |
| 1. | Opracowanie projektu edukacyjnego |  | | | |  |
| 2. |  | | | |  |
| 3. |  | | | |  |
| 4. | Realizacja projektu edukacyjnego |  | | | |  |
| 5. |  | | | |  |
| 6. |  | | | |  |
| 7. | Ewaluacja projektu edukacyjnego |  | | | |  |
| 8. |  | | | |  |
| 9. |  | | | |  |
| **Koszt łączy zadania 2:** | | | |  | |  |
| **Koszt łączny zadania 1 i 2:** | | | |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **II. Harmonogram realizacji projektu edukacyjnego w zakresie zdrowia jamy ustnej** | | | |
| **Etap** | | **Nazwa działania** | **Planowany okres realizacji** |
| Opracowanie projektu edukacyjnego |  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| Realizacja |  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| Ewaluacja |  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |

|  |
| --- |
| **III. Informacje dodatkowe** |
|  |

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