**Załącznik nr 5**

 **do uchwały Nr 366/2020**

 **Zarządu Powiatu Częstochowskiego**

 **z dnia 24 czerwca 2020 r.**

 ………………………………………

(pieczęć podmiotu leczniczego)

**Zaktualizowany harmonogram i kosztorys realizacji programu polityki zdrowotnej**

( art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz.1373, z późn. zm.)

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

 (nazwa programu )

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

1. **Harmonogram**

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

**II. Kalkulacja kosztów realizacji programu:**

* 1. **Całkowity koszt programu:……………………………………………………………..**

**2. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj świadczeń zdrowotnych** | **Liczba realizowanych świadczeń zdrowotnych** | **Cena jednostkowa brutto za wykonanie pojedynczego świadczenia w ramach programu (PLN)** | **Koszt całkowity świadczenia** |
| **1.** | **Indywidualne badanie lekarskie pacjenta wraz z badaniem per rectum** |  |  |  |
| **2.** | **Badanie kolonoskopowe diagnostyczne** |  |  |  |
| **3.** | **Badanie kolonoskopowe z biopsją plus 2 wycinki do badania histopatologicznego** |  |  |  |
| **4.**  | **Badanie kolonoskopowe z polipektomią** |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

**Koszty akcji edukacyjnej:………………………………………………………**

**Koszty promocji, monitorowania i ewaluacji:…………………………………**

**\*zgodnie z ogłoszeniem konkursowym**

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

 **..........................................**

 data i podpis Realizatora programu