**Ценовое предложение для ОФ «MSDSP KG»**

г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г.

Детально изучив техническое задание на оказание услуг в рамках программы «Основы здоровья, расширение прав и возможностей»/ Foundation for Health and Empowerment (F4HE), целью которого является расширение возможностей справедливого развития, прав и возможностей для женщин, девочек, их семей и сообществ в Алайском, Чон-Алайском и Кара-Кулжинском районах Ошской области, в Аксыйском и Ала-Букинском районах Жалал-Абадской области, в Нарынском, Ат-Башинском и Ак-Талинском районах Нарынской области, предлагаю/ем своё ценовое предложение и даю/ём гарантию добросовестного выполнения данного задания согласно Техническому Заданию:

Период работы: с 15 апреля по 30 ноября 2025 года

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование работ** | **Ед. изм.** | **Кол-во** | **Стоим. за ед. сом** | **Сумма, сом** |
| 1 | Симпозиум для продвижения здоровья и благополучия подростков  | день | 6 |  |  |
| 2 | Тренинг по Социальным нормам и изменению поведения через коммуникацию | день | 11 |  |  |
| 3 | Проведение однодневного тренинга для специалистов кабинетов укрепления здоровья, методистов и медицинских работников дошкольных учреждений согласно разработанному методическому руководству культурно- гигиенических навыков у детей дошкольного возраста | день | 4 |  |  |
| 4 | Разработка информационно-обучающих материалов для продвижения здоровья и благополучия подростков | день | 20 |  |  |
| 5 | Проведение информационных сессий и мероприятий по продвижению раннего выявления рака шейки матки и рака молочной железы в рамках аккордных мероприятий «Розовый октябрь» в целевых районах проекта Аксы, Ала-Бука и Нарын с фокусом на телемедицину | день | 17 |  |  |
|  | Итого |  |

**Дополнительная информация:**

**Условия оплаты:** предоплата 30% и 70% пост оплата

**Срок действия ценового предложения:** 20 дней

**Форма оплаты:** перечислением

**Прочее:** в стоимость ценового предложения включены все сопутствующие налоги, страховые взносы консультанта.

**Исполнитель:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Телефон:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ФИО, печать/ подпись:**