Додаток 1 до заявки на отримання гранту для започаткування або відновлення підприємницької діяльності 3 раунд конкурса ПРООН

**БІЗНЕС-ПЛАН**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Кабінет вертеброневролога**

**(невролога +рефлексотерапевта)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата подання 28 жовтня 2015**

**ЗМІСТ**

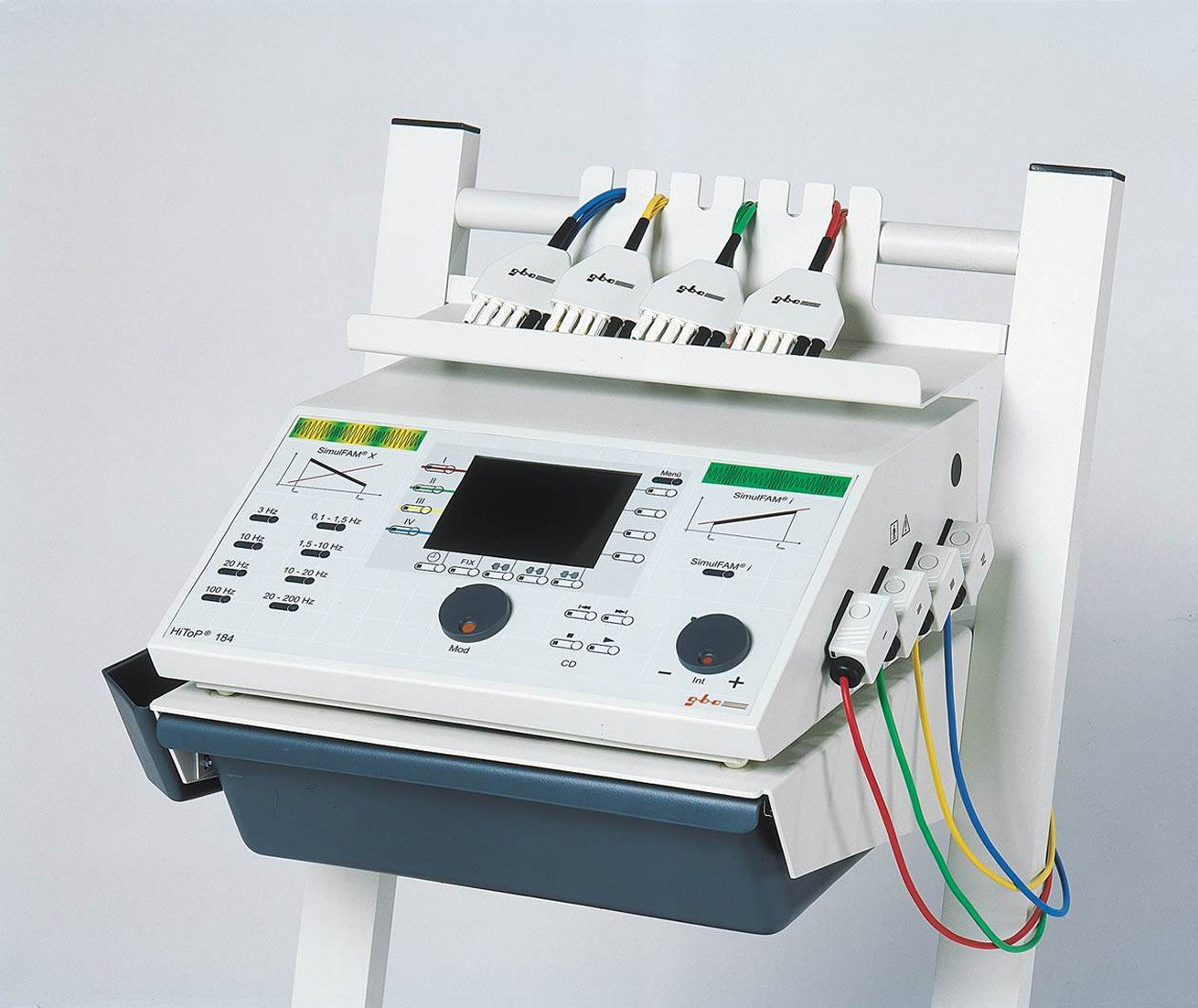
|  |  |
| --- | --- |
|  | Стор. |
| Загальні відомості |  |
| Характеристика підприємницької діяльності |  |
| Опис продукції |  |
| План маркетингу |  |
| План виробництва продукції |  |
| Цінова політика |  |
| Організаційно-юридичний план |  |
| Оцінка можливих ризиків |  |
| Фінансовий план |  |



***Загальні відомості***. Я Делятин Вячеслав Ілліч подаю цей бізнес-план на розгляд оціночного комітету як фізична особа , лікар невролог вищої кваліфікаційної категорії. На сьогодні я мешкаю м . Київ вул. Братиславська буд 24 кв. 119 ідентифікаційний код №2082143916. Є тимчасово переміщеною особою з м. Донецька. Довідка від 08.12. 2014 № 3003003718 видана Управлінням праці та соціального захисту населення Деснянського района. Громадянин України паспорт ВЕ 5000883 виданий Київським РВ ДМУ УМВС в Донецькій області 23.01 2002г. зареєстрований м, Донецьк вул.. Челюскінців буд. 279 кв. 62 В м Києві зареєстрований як ТПО за адресою вул..Закревского 87д, від 28.04 2015. реєстрація продовжена 10.06 2015 (на шість місяців).

1. ***Характеристика підприємницької діяльності (опис бізнес-ідеї)***. Я лікар невролог . Починаючи 1984 року займаюсь проблемою лікування хворих з болями в спині . Перше своє свідоцтво по мануальній терапії отримав ще в 1985 році. Спочатку , як і всі лікарі кабінетів мануальної терапії, використовував прямі директні методи артровертебральної мануальної терапії, але після навчання в 1988 році в Чехословаччині ( Братіслава і Прага) де під керівництвом професора Ітки Дуріанової в Братиславі та професорів К. Левіта та В. Янди з празької університетської клініки я ознайомився з сучасними науково розробленними методами лікування міофасціального болю як то міофасціальний релакс,мобілізаційні техніки а також методи візуального огляду та діагностики порушень динамічного та статичного рухового стереотипу руху людини. Адже згідно з сучасними уявленнями больовий сидром формується в меншій мірі від фактора старіння міжхребцевого рухового сегменту а в більшій мірі від порушень функціонування мязів а саме входження їх в гіпертонусв зв’язку з подразненням нерва Люшка ( синувертебральний нерв). Саме цей механізм лежить в основі виникнення больового синдрому а не дегенеративні зміни хребта. – остеохондроз, який за словами мого вчителя К.Левіта « есть происки социализма в мануальной медицине» ( Для довідки. Термін остеохондроз введений німецькими морфологами : Шморлем і Люшка ще в 19 столітті як морфологічний, що характеризував етапи старіння хребта на основі майще 3500 зрізів різних вікових груп. А Я.Ю.Попелянський професор невролог із м.Казань в 1970 році ввів ,повторюю, МОРФОЛОГІЧНИЙ ліагноз як КЛІНІЧНИЙ. І це привело до страшної речі. Люди, яким ставили цей діагноз і які мали схожі клінічні симптоми мали настільки різні результати лікування, що лікарі стали казати , що остеохондроз в принципі вилікувати неможливо і це є правда бо він до клініки не має жодних відносин. Після того, як була запроваджена в нашій країні Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду (МКХ10) ці хвороби попали в розділ мязевокісткових хвороб клас М54 – дорсопатії , що означає біль в спині яка не має вісцеральної та травматичної причини. І на кінець тільки 17.08.2007 наказом № 487 МОЗ Украины були затвердженні протоколи ( норматині вимоги ) лікування таких хворих. Вони поклали край непорозумінням між лікарями неврологами і концепція яка передбачає , що тільки комплексний підхід до лікування включаючи і медикаментозну, мануальну голкорефлексотерапію і фізіотерапію може дати позитивний результат. Але проблема не вирішена. Тому що не визначений статус лікаря , який лікує таких хворих. Вертеброневрологія ( не плутати з вертебрологією) це наукова дисципліна. Яка має свої закони і специфічні методи оьстеження хворих. Не можливо втиснути в часові рамки 12 хвилин , які відведенні на неврологічний прийом, вертеброневрологічне обстеження хворого і саме головне, якісно допогти йому. Наш досвід показує що, мінімальний час , який потрібний для якісної допоги хворим дорсопатією не менше 1 години. В умовах держаного закладу ці нормативи неможливі. Тому і якість медичної допомоги не може в принципі бути високою. Мета мого проекту створити приватний вертеброневрологічний кабінет для допомоги хворим на болі в спині, щоб у пацієнтів був вибір як щодо якості так і методів лікування. Я в свій час організував вертеброневрологічний дитспансер в Донецьку де працював головним лікарем. Маю підтвердженнний сертифікат по УЗО однак після відомих подій мені громадянину України прийшлось залишити м. Донецьк бо мені погрожували як «Бандері» тому що я народився в м. Рахові Закарпатської області. Вчився в Івано-Франківському ДМІ а з 1980 р був направлений на роботу в м,. Донецьк. На жаль в Києві відсутні державні вертероневрологічні заклади а після того , як я працював довгий час головним лікарем, то знайти відповідну роботу в Києві я не зміг. Тому маючи знання та вміння я вирішив відкрити власний кабінет вертеброневролога для лікування хворих дорсопатіями згідно нормативами МОЗ України в Дніпровському районі м. Києва на базі Українського лікувально діагностичного центра вул Микільсько-Слобідська 6-Д, як фізична особа підприємець. На разі, я такого статуса ще не маю, але документи на його отримання я вже подав. Метою подачі заявки цьго бізнес плану є купівля неохідного медичного обладнання - професійного стола для мануальної терапії з електричним приводом і змінною кофігурацією поверхні. Lojer 115Е ( Фінляндія), Він настільки функціональний , що заміює собою три спеціальних стола а сааме - оглядову кушетку ( його висота може змінюватись від 40 см до 88см, спеціальну кушетку для роботи на шийному відділі хребта а також спеціальну кушетку для тракції . Тобто одним столом закриваються всі проблеми по обладнанню кабінета. І що важливо - він дуже міцний і здатний витримати навантаження 220 кг! . Аналогів такого обладнання в Україні на жаль не виробляється, а дешеві китайські столи мають слабу міцність – до 120 кг. І у них швидко ламається електропривід і стіл стає не функціональним і нічим не відрізняється від звичайної масажної кушетки Інше обладнання , яке необхідне ждя успішного лікування хворих я маю: апарат високотонової терапії HiTop 184 , який я придбав ще в 2011р у нашій донецькій фірмі МЕДТЕХНИКА+. Власник Гейко А. В. На жаль, в зв’яжу з обставинами , що склалися, оригінали документів я втратив а ті скани , які він прислав мені на мою електронну скриньку не дуже доброї якості. Та апарат для екстракорпоральної ударнохвильової терапії Piezo Wave. Який я також придбав у цієї фірми в 2013р. А також в мене є масажна кушетка «Панда», яку я планую також використати як кушетку для фізіотерапії.

Апарат високотонової терапії HiTop184



1. Гострі захворювання суглобів: артрози, колінний, синдром болю в плечах .
2. Болі в спині, шиї , попереку .
3. Болі із-за неправильної осанки з мязевими гіпертонусами.
4. Болі і набряки післе травм та операций, в тому числі після закінчення дії локальної анестезії.
5. Нормальный, або затягнувшийся процес виздоровлення, при переломах кісток.
6. Схильність до набряків в ногах при серцевих і венозних захворювань

Апарат екстракорпоральної ударно-хвильової терапії Piezo Wave

**Показання для экстракорпоральної ударно-хвильової терапії**

**   **

**   **





1. ***Опис продукції***. Я планую надавати медичну допомогу хворим на дорсопатії в повному обсязі згідно з нормативними документами МОЗ України.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Затверджено  наказ МОЗ України  від 17.08.2007 № 487 |

# Клінічний протокол

# надання медичної допомоги хворим на дорсалгії

**Код МКХ-10׃ М54**

М54.0 Панікуліт, що уражає ділянку шиї та спини

М54.1 Радикулопатія

М54.2 Цервікалгія

М54.3 Ішіалгія

М54.4 Люмбаго з іщіалгією

М54.5 Біль у нижній ділянці спини

М54.6 Біль у грудному відділі хребта

М54.8 Інші дорсалгії

М54.9 Дорсалгія, неуточнена

**Умови, в яких повинна надаватися медична допомога**

**Амбулаторно** (виділено мною); при наявності надмірного, тривалого стійкого больового синдрому медична допомога повинна надаватися у неврологічних або спеціалізованих вертеброневрологічних відділеннях стаціонарів; з урахуванням того, що дорсалгія має поліфакторну етіологію, може бути проявом соматичного, ортопедичного, ревматологічного захворювання, у випадках виявлення такої патології при проведенні диференційно-діагностичних заходів, подальше надання медичної допомоги доцільно проводити у спеціалізованих закладах (ревматологічних, ортопедичних та інших).

**Клініко-діагностична програма**

1. Клініко-неврологічне, вертеброневрологічне обстеження з елементами ортопедичної діагностики
2. Клінічні аналізи крові та сечі, біохімічні, імунологічні дослідження
3. Рентгенологічне обстеження хребта
4. Магнітно-резонансна томографія хребта
5. Консультації лікарів-специалістів (ревматолога, ортопеда, уролога гінеколога та ін.)

**Лікувальна програма**

1. Створення умов, що повинні сприяти зниженню інтенсивності

больових проявів, зменшенню навантаження на структури опорно-

рухової системи (ортопедичний режим, ортези та ін.)

1. Медикаментозне лікування

Основні класи препаратів:

* + нестероїдні протизапальні засоби
  + анальгетики
  + міорелаксанти
  + антипароксизмальні
  + транквілізатори
  + антидепресанти
  + препарати з хондропротекторною дією
  + препарати, що покращують мікроциркуляцію, реґіонарну та центральну гемодинамику, зменшують венозний застій та гідротацію тканин
  + препарати з метаболічною дією

**3.** Медикаментозні блокади (епідуральні сакральні, корінцеві селективні

та інші) з ГКС пролонгованої дії та місцевим анестетиком

4. Фізіотерапія

5. Рефлексотерапія

6. Мануальна терапія, ЛФК

**Характер кінцевого очікуваного результату лікування**

Зменшення або зникнення больового синдрому, корінцевих проявів, збільшення обсягу рухів в ураженому відділі хребта. Покращення самопочуття. Клінічне одужання або поліпшення.

**Тривалість лікування**

Тривалість лікування залежить від ступеню виразності і характеру больового синдрому. Термін перебування у спеціалізованому стаціонарі повинен бути максимально коротким до досягнення мети етапу активної терапії. При лікуванні в амбулаторних умовах лікування повинно проводитись на протязі всього періоду тимчасової непрацездатності

##### Можливі побічні дії та ускладнення

Хронізація больового синдрому – переключення типу перебігу з гострого короткочасного на хронічний тривалий. Може бути обумовлена агресивністю патологічного процесу, що викликає біль, недостатньою корекцією факторів патогенезу болю, індивідуальними, насамперед психологічними, особливостями хворого. Потребує поглиблення диференційної діагностики та, в деяких випадках, зміни доктрини лікування.

Можливі побічні дії, пов’язані із застосуванням нестероїдних протизапальних засобів.

Гастроінтестінальні порушення (гастралгія, диспепсія, у окремих випадках утворення ерозій та кровотеча). Зменшити ризик цих ускладнень дозволяє застосування у лікуванні ЦОГ-2-селективних нестероїдних протизапальних засобів, призначення антацидів, інгібіторів протонної помпи, особливо у хворих з гастроінтестінальними порушеннями у анамнезі. У випадку виникнення порушень – припинення терапії нестероїдним протизапальним засобом, при необхідності – надання спеціалізованої допомоги.

Кардіоцереброваскулярні порушення (потенціювання розвитку артеріальної гіпертензії, підвищення ризику тромботичних ускладнень, інфаркту міокарду). Слід обмежити застосування нестероїдних протизапальних засобів у хворих похилого віку з підтвердженою кардіоцеребральною патологією, кардіоваскулярними та цереброваскулярними епізодами у анамнезі. Доцільно застосовування препаратів дезагригантів.

Можливі побічні дії, пов’язані із застосуванням антидепресантів та транквілізаторів.

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади), перш за все, при використанні трициклічних антидепресантів – відміна трициклічного антидепресанту і його заміна селективним інгібітором зворотнього захоплення серотоніну або антидепресантом подвійного спектру дії.

Надмірна седація – зменшення дози антидепресанту, що викликав седацію із подальшим переключенням на інший антидепресант без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, яка пов’язана із цим станом, і зменшити дозу антидепресанту.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) – контроль ЕКГ і при збільшенні QT до > 400 мсек (якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити антидепресантом іншої групи).

Можливі побічні дії, пов’язані із застосуванням ГКС при медикаментозних блокадах.

При неправильному застосуванні може виникнути комплекс ускладнень ГКС-терапії. Не слід порушувати (скорочувати) термін між блокадами, котрий при застосуванні ГКС пролонгованої дії складає не менше 2 тижнів. При застосуванні блокад слід ураховувати протипоказання для ГКС-терапії.

**Рекомендації для подальшого надання медичної допомоги**

Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. У разі виявлення патології, що є причиною больового синдрому – надання медичної допомоги фахівцями з ревматології, ортопедії, остеології, терапії та інших галузей. Комплексна реабілітація хворих та створення умов, що до профілактики виникнення епізодів болю у подальшому.

**Вимоги до дієтичних призначень та обмежень**

Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура при збільшенні ваги.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку**

Раціональне працевлаштування при дорсалгіях з тривалим перебігом, частими епізодами болю. Комплекс заходів, спрямованих на зміцнення м’язової системи спини та шиї (ЛФК, заняття у тренажерному залі, плавання та інше).

**Директор Департаменту**

**розвитку медичної допомоги М.П. Жданова**

Я володію всіма методами, які перераховані в документі. Я їх виділив червоним кольором і планую використовувати їх в єдиному комплексі **лікування хворих на дорсопатії.** Це і буде моя єдина послуга , яку я здатний добре виконувати. Для цього я планую виділити на одного хворого від 1 до півтори години. Тому максимальна кількість хворих , яку може прийняти лікар вертеброневролог це 5-6 пацієнтів за 6год. 36хв. Які нашим чинним законодавством, відведенні для роботи на одну лікарську посаду ( ставку лікаря)

1. ***План маркетингу***. Основна реклама любого лікаря а вертеброневролога , зокрема, це – якість та ефективність його роботи. Але на першому місці я би поставив це - імя лікаря. В Донецьку я працюю з 1980 р. В мене було імя, клініка ітд. В Києві я з грудня 2014р. я арендую 2-х кімнатну квартиру з арендою 4000грн. + комунальні платежі. Звичайно скрутне фінансове становище не дозволяє мені швидко відновити свій статус але я впевнений в своїх силах і знаю що з Вашою допомогою зможу знову допомагати людям , які мають болі в спині. Я ніколи не мав на меті отримання надприбутків і завжди вважав, що тільки чесно зароблені гроші, які людина віддає з вдячністю за єфективну роботу, можуть принести щастя. Звичайно я вже створив сайт-визитівку http:/ [www.vdelyatin.com](http://www.vdelyatin.com) для більшої інформації як про методи лікування, так і про мене. Використовую можливості соціальних мереж. Маю більше сотні друзів на ФБ, мене читають більше 30 фолловерів на твіттері, і вони чекають відповіді , коли я відкрию, нарешті, кабінет в Києві?
2. ***План виробництва продукції, надання послуг, здійснення робіт.***х.

***У разі надання послуг*** Як я вже повідомляв, кабінет планується відкрити на базі українського лікувально діагностичного центру по вул. Мікільсько-Слобідській буд 6в. На території клініки сімейної медицини , що належить цьому ж центру. Загальнна площа кабінету 28,5 кв. м . Арендна плата складає 150грн за один метер площі – 3780грн в місяць. Кабінет обладнаний мінімально необхідним загальнолікарським обладнанням: столом , кріслом. шкафом для одягу , оглядовою кушеткою. В кабінет заведена вода є умивальник. Будівельних робіт проводити не треба. Я планую працювати як фізична особа підприємець на єдиному податку по третій групі з 4% податком від доходу і ЄСВ 34,7% від фонду заробітної плати. Отримати всі дозволи для ФОП є значно легше ніж для ЮО тому маю велику надію, що в жовтні це питання буде вирішене. Документи на регістрацію я вже подав. Всі затрати на отримання дозволів я готовий оплатити сам

1. ***Цінова політика.*** Собівартість моєї послуги можна вирахувати виходячи з того, що вартість мого прийому складає 270грн. Кількість хворих в день 5. Кількість днів 22 в місяць. Для зменшення податкового навантаження беремо зарплату лікаря по мінімальній ставці 1378 грн.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Розрахунок собівартості однієї години роботи лікаря | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Вихідні дані - 110 прийомів, 22 робочих дня  загальнний  Дохід 270х 5х22= 29700грн в місяць | |  |  |  |
| Затрати |  | роб.днів | чол\день | доля |
| Аренда | 1800,00 | 22,00 | 5,00 | 16,36 |
| Заробітна плата лікаря ( мінімільна ставка) | 1378,00 | 22,00 | 5,00 | 12,52 |
| Єдиний соціальний внесок 34,77% лікар | 479,13 | 22,00 | 5,00 | 4,35 |
| Податок з обороту 4% | 1188,00 | 22,00 | 5,00 | 21,60 |
| Собівартість одного прийому у  матеріальному  вигляді становить: |  |  |  | 55,83 |

Все інше в ціні послуги - 214,17 грн. складають не матеріальні активи: знання, професійне вміння та кваліфікація лікаря. Даний розрахунок не є вичерпний, так як на собівартість будуть впливати затрати на отримання ліцензій, дозволів та акредитацій, які я зараз передбачити не можу. Однак виходячи з того , що офіційно ціна ліцензії на медичну практику складає величину 1 неоподаткового мініму, то її вплив на собівартість і зростання вартості послуги буде мінімальним. І це не може привести до її росту і зниження конкурентоздатності послуги. Ціна послуги находиться в середньому ціновому сегменті і є конкуруючою з державними госпрозрахунковими цінами. Тому , що вони несуть велике додаткове навантаження - адміністративні затрати, які в мене є мінімальними. При аналізі фінансового плану я зробив розрахунки , які зв’язані з риском зменшення кількості хворих на початковому етапі становлення. Навіть при зменшенні кількості хворих в день до 3 , при доході – 17820 в місяць, все одно собівартість послуги зростає лише до 66,19 грн. Однак і в першому і вдругому випадку внутрішня рентабельність становить в першому випадку 483,61% в другому 407,91%, що є дуже хорошим показником.

Як відомо міофасціальні та кістково-мязеві хвороби мають виражену сезонність і ми спостерігаємо їх активність восени та на весні. Це може зіграти на збільшення кількості хворих в березні та квітні місяці і виходом еа заплановані показники дохідності

1. ***Організаційно-юридичний план***. В організаційному плані я буду працювати один. Без жорсткої часової прив’язки до змінного характеру роботи в межам роботи центра сімейної медицини українського діагностично-лікувального центра. Їхні часи роботи з 8 години ранку до 20 години вечора. Все залежатиме від можливості клієнта. Запис відбувається по телефону . Я планую працювати спочатку один а потім, при хорошій конюктурі взяти медсестру по масажу. Всі організаційні функції я буду виконувати один.
2. ***Оцінка можливих ризиків***. Основний ризик лежить в матеріальній площині – різке зниження платоспроможності населення , що залежить від ситуації в країні. Однак поряд з витратами на харчуванням, витрати на здоровя є також пріоритетними. Люди постійно потребують медичної допомоги. Тому ризик є але він не є вирішальним.

Інформаційний ризик. Я свідомий того, що про мене в Києві мало хто знає. Але по досвіду я знаю , що десять пролікованих успішно хворих- це та межа після якої потік хворих стає стабільним. Раніше я часто відпочивав в санаторії «Хмільник» (профспілковий) і можу сказати ,що саме таким чином я працював . Тобто інформаційний ризик є але він нівелюється з часом і ефективністю роботи лікаря.

Адміністративний ризик полягає в невизначеності , як загальної політики в терені організації охорони здоровя в Україні так і в політиці оподаткуваня. Цей ризик носить перманентний характер і я неможу вплинути на його зменшення. Сюди я би ще включив невизначеність, щодо реєстрації медичного обладнання. В Україні. Але це стосується в більшій мірі ЮО. Для ФОПа цей ризик не є вирішальним.

Професійний ризик. Медицина відноситься до робіт з високим ступенем ризику на стан здоровя людини і тому підлягає ліцензуванню. Щоб хворі не мали змогу попасти до не спеціаліста і не могли отримати шкоду. NON NOCERE (не зашкодь) основний принцип яким керуються лікарі . Однак видача ліцензій перетворилася на серйозний тіньовий бізнес чиновників від медицини. По закону позивач повинен отримати обґрунтовану відповідь не пізніше 2-х місяців від часу подачі документів. Я подав документи ще 20 серпня тому маю надію , що отримаю ліцензію ще до часу отримання гранту.

Віковий ризик . Це стосується мене особисито. Мені и 58 років . і ризик втрати мною працездатності є але не є обов’язковим. В усіх інших випадках проектє успішний, навіть при різкому\у зменшенні запланованих доходів.

1. ***Фінансовий план*** Кабінета вертеброневролога розрахований виходячи з таких даних: Сума гранту 75000грн власні кошти 25000 грн. загальна сума витрат 100000 грн. Я готовий на збільшення власного внеску якщо ціна масажного стола буде більша ніж 100000 грн.

-1 робоче місце лікаря невролога , вертеброневролога.

- ФОП по третій групі єдиного податку з оборота -4;%

- мінімальна ставка лікаря - 1378 грн.

- ЄСВ 34,77% від зарплати лікаря – 478 грн

- арендна плата 3780 грн

- загальна сума затрат без оподаткування 5636 грн.

Варіант 1 (основний) Ціна прийому 270грн

Кількість прийомів в день 5

Кількість днів 22

Запланований дохід 29700грн

Податок 4% 1188грн.

Загальні витрати 6824грн

Очищений прибуток 22876грн

Окупність гранту 75000: 22876= 3,27 місяця (квітень)

Окупність загальних витрат 100000: 24856=4,02 місяця(травень)

Варіант 2 Кількість хворих 3 в день Ціна послуги 270 грн.

Запланований дохід 17820грн

Податок 4% 712,80 грн

Загальні витрати 6348,8 грн.

Очищений прибуток 11463 грн.

Окупність гранту 75000:11463= 6,54 місяця (липень)

Окупність загальних витрат 100000:11463=9 місяців (серпень)

Варіант 3 Кількість хворих в день 3 ціна прийому 220грн.

Запланований дохід – 14520грн. Податок 4%- 580,80грн.

Загальні витраті - 6216,8 . Очищений прибуток 8303,2

Окупність гранту складе 75000: 8303,2=9,29 місяця (жовтень)

Окупність всіх затрат 100000: 8303,2= 12 місяця (грудень)

**ФІНАНСОВИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Місяці | | | | | | | | | | | | РАЗОМ |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | за рік |
| 1. **Дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)** | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 356400 |
| 1. **Собівартість продукції** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * 1. Змінні витрати (п.2.1.1 + ….+п.2.1.3) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * + 1. Сировина та матеріали |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * + 1. Паливо та енергія |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * + 1. Інше |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * 1. Постійні витрати (п.2.2.1+…+п.2.2.6) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * + 1. Амортизація (якщо нараховується) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * + 1. Фонд оплати праці | 1378 | 1378 | 1378 | 1378 | 1378 | 1378 | 1378 | 1378 | 1378 | 1378 | 1378 | 1378 | 16536 |
| * + 1. Нарахування на фонд оплати праці | 478 | 478 | 478 | 478 | 478 | 478 | 478 | 478 | 478 | 478 | 478 | 478 | 5736 |
| * + 1. Орендна плата (якщо є) | 3780 | 3780 | 3780 | 3780 | 3780 | 3780 | 3780 | 3780 | 3780 | 3780 | 3780 | 3780 | 45360 |
| * + 1. Комунальні витрати |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * + 1. Інше |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Податки** | 1188 | 1188 | 1188 | 1188 | 1188 | 1188 | 1188 | 1188 | 1188 | 1188 | 1188 | 1188 | 14256 |
| 1. **Чистий прибуток** | 22876 | 22876 | 22876 | 22876 | 22876 | 22876 | 22876 | 22876 | 22876 | 22876 | 22876 | 22876 | 274512 |

**ПЛАН РУХУ ГРОШОВИХПОТОКІВ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Місяці | | | | | | | | | | | |
| № рядка | Надходження та витрати | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| **1** | **Залишок коштів на початок місяця** | 0 | 45176 | 18052 | 40928 | 63804 | 86680 | 109556 | 132432 | 155308 | 178184 | 201060 | 223936 |
| **2** | **Надходження**: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1 | Виручка від реалізації |  | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 |
| 2.2 | Інше (зазначте, що саме і у разі потреби додайте рядки) | 50000 | 50000 | 25000 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **Разом надходжень** (сума рядків 02.1 ,02.22.3) | 50000 | 79700 | 54700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 | 29700 |
| **4** | **Витрати** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.1 | Сировина |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.2 | Заробітна плата | 1378 | 1378 | 1378 | 1378 | 1378 | 1378 | 1378 | 1378 | 1378 | 1378 | 1378 | 1378 |
| 4.3 | Нарахування на заробітну плату | 478 | 478 | 478 | 478 | 478 | 478 | 478 | 478 | 478 | 478 | 478 | 478 |
| 4.4 | Обладнання |  | 100000 | 25000 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.5 | Оренда | 3780 | 3780 | 3780 | 3780 | 3780 | 3780 | 3780 | 3780 | 3780 | 3780 | 3780 | 3780 |
| 4.6 | Податки | 1188 | 1188 | 1188 | 1188 | 1188 | 1188 | 1188 | 1188 | 1188 | 1188 | 1188 | 1188 |
| 4.7 | Інше (зазначте, що саме і у разі потреби додайте рядки) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** | **Разом витрат** (сума рядків4.1, 4.2,4.3,4.4,4.5,4.6,4.7) | 6824 | 106824 | 31824 | 6824 | 6824 | 6824 | 6824 | 6824 | 6824 | 6824 | 6824 | 4844 |
| **6.** | **БАЛАНС (рядок 1 + рядок 3) – рядок 5)** | 45176 | 18052 | 40928 | 63804 | 86680 | 109556 | 132432 | 155308 | 178184 | 201060 | 223936 | 246812 |

збиток нульова рентабельність прибуток