Załącznik nr 1 formularza oferty do ogłoszenia

**Oferta na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego**

**składana zgodnie z art. 14 ust 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym**

|  |
| --- |
| **Informacje o ofercie** |
| Zadanie z zakresu zdrowia publicznego ( pełna nazwa zadania publicznego zgodna  z ogłoszeniem ) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informacje o oferencie** | | |
| Pełna nazwa oferenta zgodna z właściwym rejestrem lub dokumentem założycielskim: | | |
| Forma prawna: | | |
| Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym, w innym rejestrze lub ewidencji: | | |
| Data wpisu, rejestracji lub utworzenia: | | |
| NIP: | | |
| REGON: | | |
| Adres siedziby  Ulica:  Kod pocztowy:  Gmina:  Telefon: | Nr budynku:  Miejscowość:  Powiat:  Fax: | Nr lokalu:  Poczta: |
| Adres do korespondencji |  |  |
| Adres e-mail: | | |
| Adres strony www: | | |
| Osoba/osoby upoważniona/e do podejmowania decyzji wiążących w imieniu oferenta: | | |
| Osoba/osoby upoważniona/e do składania wyjaśnień dotyczących oferty:  ( imię i nazwisko, nr telefonu, nr fax, e-mail ) | | |
| Numer konta bankowego oferenta: | | |

|  |
| --- |
| **Podmiot działalności pożytku publicznego:** |
| a) Działalność nieodpłatna pożytku publicznego: |
| b) Działalność odpłatna pożytku publicznego: |
| **Jeśli oferent prowadzi działalność gospodarczą:** |
| a) numer wpisu do rejestru przedsiębiorców: |
| b) przedmiot działalności gospodarczej: |

1. **Szczegółowy opis realizacji zadania:**

**1**. **Opis potrzeb wskazujących na celowość wykonania zadania z zakresu zdrowia publicznego**

….………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………….……………

…………………………………………….……………………………………………………

……….…………………………………………………………………………………………

…….......…………………………………………………………………………………………

*(w szczególności wskazanie grupy docelowej prowadzonych działań, potrzeb i oczekiwań grupy docelowej, przewidywanej liczby osób objętych działaniami, wiek, sposobu i kryteriów rekrutacji )*

**2. Cele realizacji zadania**

……...……………………………………………………………………………………………

………………………………………...…………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

………...…………………………………………………………………………………………

………...…………………………………………………………………………………………

…………...………………………………………………………………………………………

*( w szczególności określenie jakie są cele realizacji oferty w kontekście celu zadania z zakresu zdrowia publicznego, cele powinny być możliwe do osiągnięcia, realne i mierzalne )*

**3. Szczegółowy opis działań planowanych do realizacji spójny z harmonogramem działań i kosztorysem**

……...……………………………………………………………………………………………

………………………………………...…………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

………...…………………………………………………………………………………………

………...…………………………………………………………………………………………

…………...………………………………………………………………………………………

*( w szczególności wskazanie przedsięwzięć, które będą realizowane i sposobu/ narzędzi ich realizacji: uzasadnienie podejmowanych działań w kontekście celu realizowanego zadania z zakresu zdrowia publicznego i trwałości planowanych rezultatów, opis powinien zawierać liczbowe określenie skali działań planowanych do realizacji )*

**4. Zakładane rezultaty zadania z zakresu zdrowia publicznego**

……...……………………………………………………………………………………………

………………………………………...…………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

………...…………………………………………………………………………………………

………...…………………………………………………………………………………………

…………...………………………………………………………………………………………( *w szczególności należy wskazać zakładane rezultaty realizowanego zadania, opisać czy będą trwałe i w jakim stopniu realizacja zadania przyczyni się do osiągnięcia jego celu )*

1. **Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania**

Harmonogram powinien odzwierciedlać wszystkie zaplanowane działania wraz z uwzględnieniem terminów ich realizacji.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania | Terminy realizacji poszczególnych działań | Miejsca realizacji poszczególnych działań wraz ze wskazaniem podmiotu odpowiedzialnego za wykonanie |
|  |  |  |

1. **Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego**

1. Wysokość wnioskowanych środków na realizację zadania …………………………………

2. Kwota współfinansowania realizacji zadania przez oferenta, zgodnie z art. 15 ust. 1 pkt. 9 ustawy o zdrowiu publicznym:……………….

3. Informacja o wysokości środków przeznaczonych na realizację zadania oraz kosztorys wykonania zadania, w szczególności uwzględniający koszty administracyjne

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Rodzaj kosztów | Ilość jednostek | Koszt jednostkowy (w zł) | Rodzaj miary | Koszt całkowity  (w zł) | z tego do pokrycia  z wnioskowanych środków (w zł) | z tego z  finansowego  wkładu własnego  współfinansowania,  (w zł) | koszt do pokrycia z wkładu  osobowego, w tym pracy społecznej członków i świadczeń wolontariuszy (w zł) |
| I. | Koszty  merytoryczne  *po stronie Oferenta*  1).….......................  2).…....................... |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM koszty merytoryczne:** | | | | |  |  |  |  |
| II. | Koszty administracyjne zadania *po stronie oferenta*  1) .…......................  2) .…...................... |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM koszty administracyjne:** | | | | |  |  |  |  |
| III. | Inne koszty, w tym wyposażenia i promocji *po stronie oferenta*  1) .…......................  2) .…...................... |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM inne koszty:** | | | | |  |  |  |  |
| IV. | **OGÓŁEM koszty:** | | | |
| V. | **Koszty administracyjne jako % kosztów merytorycznych** | | | |  |  |  |  |

**4. Przewidywane źródła finansowania zadania w zakresie zdrowia publicznego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Kwota wnioskowanych środków | ........... zł | .......... % |
| 2. | Finansowy wkład własny  (*środki finansowe wymienione w pkt. 2.1-2.4)* | ........... zł | .......... % |
| 2.1 | Środki finansowe własne | ........... zł | .......... % |
| 2.2 | Wpłaty adresatów zadania publicznego | ........... zł | ...........% |
| 2.3 | Środki finansowe z innych źródeł publicznych  (w szczególności: dotacje z budżetu państwa lub budżetu jednostki samorządu terytorialnego, funduszy celowych, środki z funduszy strukturalnych) | ........... zł | .......... % |
| 2.4 | Pozostałe | .......... zł | .......... % |
| 3. | Wkład osobowy (w tym świadczenia wolontariuszy i praca społeczna członków) | ........... zł | .......... % |
| 4. | Ogółem (środki wymienione w pkt 1—3) | ........... zł | 100 % |

Uwagi, które mogą mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

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

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

**IV. Inne wybrane informacje dotyczące realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego**

1. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, związanej z zadaniem będącym przedmiotem konkursu

……...……………………………………………………………………………………………

………………………………………...…………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

………...…………………………………………………………………………………………

………...…………………………………………………………………………………………

…………...……………………………………………………………………………………

*(informacja powinna uwzględniać opis realizowanych projektów adekwatnych do treści zadania określonego w konkursie, ze wskazaniem ich wartości, okresu i obszaru realizacji, źródła finansowania, w tym programu, instytucji, do której był składana oferta o finansowanie projektu (jeśli dotyczy)*

2. Informacja o zasobach kadrowych oferenta przewidywanych do wykorzystania przy realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego, kompetencjach i zakresie obowiązków kluczowych osób zapewniających prawidłowe wykonanie zadania

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **imię i nazwisko** | **zakres obowiązków  i sposób zaangażowania przy realizacji oferty** | **kompetencje i doświadczenie  w wykonywaniu zadań będących przedmiotem konkursu** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Oświadczenia Oferenta**

Oświadczam (-y), że:

1. zapoznałem/łam/liśmy się z ogłoszeniem o konkursie;
2. zapoznałem/łam/liśmy się z ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym i Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 ( Dz. U. z 2021 r., poz. 642 );
3. spełniam/y warunki podmiotowe wskazane w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym;
4. oferent składający niniejszą ofertę nie zalega z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych;
5. oferent składający niniejszą ofertę nie zalega z opłacaniem należności z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne;
6. w ramach składanej oferty nie przewidujemy pobierania opłata od adresatów zadania;
7. wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
8. w zakresie związanym z konkursem, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem   
   i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami;
9. dane określone w części I niniejszej oferty są zgodne z Krajowym Rejestrem Sądowym/właściwą ewidencją;
10. posiadam/y środki na współfinansowanie zadania, zgodnie z art. 15 ust 1 pkt 9 ustawy o zdrowiu publicznym

Data……………….

…………………………………………………………………………………

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania

podmiotu składającego ofertę[[1]](#footnote-2)

**Załączniki do oferty :**

1. **Aktualny odpis** z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących;
2. **Oświadczenie** potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych:
3. **Oświadczenie** osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
4. **Oświadczenie**, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym;
5. **Oświadczenie** osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.
6. **Statut organizacji**.

**Załączniki do oferty powinny zawierać datę i podpis osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania podmiotu.**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że nie byłam/em karana/y zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłam/em skazana/y za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;

……………………………. ………………………………………………

miejscowość i data podpis osoby upoważnionej do reprezentowania

podmiotu składającego ofertę

**"Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia."**. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. – podstawa art. 17 ust 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r o zdrowiu publicznym   
( Dz. U. z 2019 r. poz. 2365 ).

……………………..………… ………………..………………………………………

miejscowość i data podpis osoby upoważnionej do reprezentowania

podmiotu składającego ofertę

……………………………………….

……………………………………….

………………………………………..

**Nazwa podmiotu**

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

W stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.

Podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.

Kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

…………………………………………………………………

Data, pieczęć i podpisy osoby/osób

upoważnionych do reprezentowania podmiotu

**"Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.".** Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. – podstawa art. 17 ust 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym .

…………………………………………………………………

Data, pieczęć i podpisy osoby/osób

upoważnionych do reprezentowania podmiotu

1. W przypadku podpisania oferta przez osobę inną niż osoba upoważniona do składania oświadczeń woli po stronie oferenta, należy do wniosku dołączyć stosowne upoważnienie. [↑](#footnote-ref-2)