Załącznik Nr 1 do załącznika Nr 1

 do Zarządzenia Nr 0050.45.2019

 z dnia 24 kwietnia 2019 r.

……………………………………………

 data i miejsce złożenia formularza

 (wypełnia organ administracji publicznej)

……………………………………………………….

 (pieczęć podmiotu)

**WZÓR**

**OFERTA**

**NA REALIZACJĘ ZADANIA**

**Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO**

podstawa prawna:

ustawa z dnia 11 września 2015 roku

o zdrowiu publicznym

 (Dz. U. z 2015 poz. 1916)

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

(nazwa zadania publicznego - zgodnie z ogłoszeniem konkursowym)

………………………………………………………………………………………………………

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

(nazwa własna zadania, określona przez oferenta)

……………………………………………………………………………………………………

okres realizacji od …......................... do ….............................

1. **DANE O OFERENCIE**
2. Pełna nazwa oferenta zgodna z właściwym rejestrem lub dokumentem założycielskim: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Dokładny adres: ……………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………...

telefon: ………………………………… fax: …………………………………………

e-mail: ………………………………………. http:// …………………………………

1. Forma prawna: ………………………………………………………………………...
2. Numer wpisu do rejestru sądowego lub innego rejestru ewidencji:

…………………………………………………………………………………………...

1. Nr NIP: ………………………………………………………………………………...
2. Nazwa banku i nr rachunku: …………………………………………………………...
3. Nazwiska i imiona osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta i do podpisywania umowy na realizację zadania publicznego:

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

1. Osoba upoważniona do składania wyjaśnień i korekt dotyczących oferty (imię, nazwisko, funkcja, adres e-mail oraz nr telefonu kontaktowego):

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

1. **SZCZEGÓŁOWY SPOSÓB REALIZACJI ZADANIA**
2. Opis potrzeb wskazujących na celowość wykonania zadania.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

1. Cele realizacji zadania (w szczególności określenie, jakie są cele wskazane w ofercie w kontekście celu zadania z zakresu zdrowia publicznego, cele powinny być możliwe do osiągnięcia, realne i mierzalne).

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

1. Szczegółowy opis i zakres działań planowanych do realizacji (spójny z harmonogramem działań i kosztorysem).

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

1. Opis grup docelowych realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego (wskazanie adresatów prowadzonych działań, potrzeb i oczekiwań grupy docelowej, przewidywana liczba osób/podmiotów objętych działaniami, sposób i kryteria rekrutacji).

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

1. Zakładane rezultaty realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz opis sposobu ich ewaluacji (wskaźniki).

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

1. **TERMIN I MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA (dokładny adres, telefon, adres e-mailowy)**

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

1. **HARMONOGRAM PLANOWANYCH DZIAŁAŃ W ZAKRESIE REALIZACJI ZADANIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania** | **Termin realizacji (od dd.mm.rrrr do dd.mm.rrrr)** | **Miejsce realizacji poszczególnych zadań** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO.**

Wysokość wnioskowanych środków (w tym słownie w zł.):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj kosztów** | **Ilość jednostek** | **Koszt jednostkowy** | **Rodzaj miary** | **Koszt całkowity (w zł)** | **Koszt wnioskowanych środków (w zł)** | **Koszt współfinansowania przez oferenta (w zł) jeżeli dotyczy** |
| **KOSZTY MERYTORYCZNE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **KOSZTY ADMINISTRACYJNE** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** |

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kalkulacji przewidywanych kosztów realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego.

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

1. **INNE WYBRANE INFORMACJE DOTYCZACE REALIZACJI ZADANIA A ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO**
2. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu dotycząca realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego (z uwzględnieniem opisu realizowanych projektów w okresie ostatnich 3 lat).

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

1. Informacja o zasobach kadrowych oferenta przewidywanych do wykorzystania przy realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego, kompetencjach i zakresie obowiązków osób biorących udział w realizacji zadania.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres obowiązków** | **Kompetencje i doświadczenie w wykonywaniu zadań będących przedmiotem zadania** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych oferenta zapewniających wykonanie zadania.

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

**Oświadczenia oferenta:**

Oświadczam (-y), że:

1. Zapoznałem/łam/liśmy się z ogłoszeniem o konkursie ofert.
2. Zapoznałem/łam/liśmy się z ustawą z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2015 roku poz. 1916).
3. Spełniam/y warunki podmiotowe wskazane w art. 3 ust. 2 z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2015 roku poz. 1916).
4. Wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
5. W zakresie związanym z konkursem ofert, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzeniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

Data ……………………………

…………………………………………..

podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta

**Załączniki:**

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 finansowych.
3. Oświadczenie osoby/osób 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 zobowiązaniu się oferenta do utrzymania ww. rachunku do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.
5. Oświadczenie osoby/osób uprawnionej do reprezentowania 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. Inne dokumenty/oświadczenia zgodnie z ogłoszeniem konkursowym.

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

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

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

**Oświadczenia, o których mowa powyżej muszą zawierać klauzulę:**

**„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.**

Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)