…………………………………................

Data i miejsce złożenia formularza

(wypełnia organ administracji publicznej)

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

(pieczęć podmiotu )

**OFERTA**

**NA REALIZACJĘ ZADANIA**

**Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO**

podstawa prawna:

ustawa z dnia 11 września 2015 roku

o zdrowiu publicznym

(Dz.U. z 2019 r., poz. 2365 z późn. zm.)

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

(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 ………………………............................................................................................

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

1. DOKŁADNY ADRES SIEDZIBY:………………………………………………….…….…………………. …………………………………….……….............................................................................................

TEL. ……………………………………..…….. FAX. …………………………………...............................

E-MAIL ………………………………………… http:// ………………………….……………………………

1. FORMA PRAWNA ............................................................................................................................
2. NUMER WPISU DO KRAJOWEGO 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 I NAZWISKO, FUNKCJA 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 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** |
| Działanie 1…….. |  |  |
| Działanie 2……. |  |  |
| Działanie 3 …… |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj kosztów** | **Ilość jednostek** | **Koszt jednostkowy** | **Rodzaj miary** | **Koszt całkowity (w zł)** | **Koszt wnioskowanych środków (w zł)** | **Koszt współfinanso-**  **wania**  **(w zł)** |
| ***Koszty merytoryczne*** | | | | | | | |
|  | Działanie Nr….. |  |  |  |  |  |  |
|  | wydatek |  |  |  |  |  |  |
|  | wydatek |  |  |  |  |  |  |
| ***Koszty administracyjne*** | | | | | | | |
|  | Działanie Nr … |  |  |  |  |  |  |
|  | wydatek |  |  |  |  |  |  |
|  | wydatek |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Ogółem*** | | | | |  | | |

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

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

**INNE WYBRANE INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZACJI ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO**

* 1. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, jeśli działalność ta dotyczy zadania określonego w konkursie ofert (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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **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 2019 r., poz. 2365) i rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 roku w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz.U. z 2016 r., poz. 1492).
3. Spełniam/y warunki podmiotowe wskazane w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2019 r., poz. 2365 z późn. zm.),
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 wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1781).

Data………………………

……………………………………………………….

Podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych

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.
7. ..........................

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

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

Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)

|  |
| --- |
|  |