………………………………………..

(pieczęć podmiotu)

**OFERTA**

**NA REALIZACJĘ ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO SKŁADANA NA PODSTAWIE ART. 14 UST. 1 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2015 R. O ZDROWIU PUBLICZNYM**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. (NAZWA ZADANIA – ZGODNIE Z PKT 3 OGŁOSZENIA )

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

(TYTUŁ ZADANIA- OKREŚLA WNIOSKODAWCA)

**I. DANE PODMIOTU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa podmiotu składającego ofertę** |  | |
| **Adres siedziby podmiotu lub adres do korespondencji** (wpisać jeżeli adres do korespondencji jest inny adres siedziby) |  | |
| **Numer telefonu** |  | |
| **E-mail** |  | |
| **Forma prawna** |  | |
| **Numer wpisu do rejestru sądowego lub innego rejestru/ewidencji** |  | **NIP:** |
| **Nazwa banku i nr rachunku bankowego podmiotu składającego ofertę** |  | |
| **Imię i nazwisko osoby/osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu składającego ofertę** |  | |
| **Osoba upoważniona do składania wyjaśnień dotyczących oferty** | **Imię, nazwisko** | **Tel, E-mail** |
| **Cele statutowe lub przedmiot działalności podmiotu składającego ofertę** (Uprawniające do realizacji działań z zakresu zdrowia publicznego zgodnie z art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym) |  | |

**II. SZCZEGÓŁOWY SPOSÓB REALIZACJI ZADANIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Termin i miejsce realizacji zadania** (powinien zawierać się w ramach czasowych określonych w ogłoszeniu) | | | |
| **Data rozpoczęcia** |  | **Data zakończenia** |  |
| **Miejsce realizacji zadania** (dokładny adres) | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2. Opis realizacji zadania** (m. in. populacja objęta zadaniem (wiek/rocznik), liczba osób objętych zadaniem, rodzaj i zakres działań, opis adresatów zadania; zaplanowane zadania powinny być spójne z harmonogramem i kosztorysem) | | | |
|  | | | |
| **3. Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania** | | | |
| Lp. | Nazwa działania | Miejsce realizacji | Planowany termin realizacji |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| …… |  |  |  |

|  |
| --- |
| **4. Informacja o wysokości wnioskowanych środków** |
|  |

|  |
| --- |
| **5. Informacja o wysokości współfinansowania realizacji zadania** |
|  |

|  |
| --- |
| **6**. **Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, jeżeli działalności ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert** |
|  |

|  |
| --- |
| **7. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych** (np. lokal, sprzęt, materiały) |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8. Informacja o posiadanych zasobach kadrowych i kompetencje osób zapewniających wykonanie zadania, a także o zakresie obowiązków tych osób** | | | |
| Lp. | Imię i nazwisko | Posiadane kwalifikacje | Zakres obowiązków |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| …… |  |  |  |

|  |
| --- |
| **9. Inne, istotne informacje dotyczące realizacji zadania** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10. Kosztorys wykonania zadania z uwzględnieniem harmonogramu działań** | | | | | | | | |  |
| Lp. | **Rodzaj kosztów** | | **Rodzaj miary** | **Liczba jednostek** | **Koszt jednostkowy** | **Koszt całkowity:  (w zł)** | **z tego z wnioskowanych środków finansowych  (w zł)** | **z tego w ramach współfinansowania (w zł)** | **numer działania zgodnie z Harmonogramem** |
| **I.** | **Koszty merytoryczne** | | | | | | | | |
| 1) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II.** | **Koszty administracyjne** | | | | | | | | |
| 1) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **III.** | **OGÓŁEM:** | | | | |  |  |  |  |

**Koszty merytoryczne**- koszty bezpośrednio związane z realizacją zadania. **Koszty administracyjne**- koszty związane z obsługą realizacji zadania (np. koordynacja projektu, obsługa finansowa, telekomunikacja, usługi ksero, materiały biurowe, koszty paliwa).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj kosztów** | **Koszt całkowity:** | **z tego z wnioskowanych środków finansowych (w zł)** | **z tego w ramach współfinansowania (w zł)** |
| Koszty merytoryczne |  |  |  |
| Koszty administracyjne |  |  |  |
| Koszty administracyjne jako % kosztów merytorycznych |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **11. Przewidywane źródła finansowania zadania** | | |
| **Źródła finansowania** | **zł** | **%** |
| Kwota wnioskowanych środków finansowych w całkowitych kosztach zadania publicznego |  |  |
| Kwota współfinansowania w całkowitych kosztach zadania publicznego, **w tym:** |  |  |
| środki finansowe własne |  |  |
| z innych źródeł (podać nazwę) |  |  |
| **Ogółem:** |  | 100 % |

**Oświadczenia**

Oświadczamy, że:

1. Zapoznaliśmy się z ogłoszeniem o konkursie ofert.
2. Zapoznaliśmy się z ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym   
   (tj. Dz. U. z 2022.1608).
3. Spełniamy warunki podmiotowe wskazane w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (tj. Dz. U. z 2022.1608).
4. Wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
5. W zakresie związanym z konkursem ofert, obejmującym przetwarzanie danych osobowych, oferent będzie przestrzegał Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, publikacja Dz. Urz. UE L Nr 119.1).
6. Nie zalegamy z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych.
7. Nie zalegamy z opłacaniem należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne.

………….……………………………………………………………..

(data i podpis osoby/osób upoważnionych   
do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu składającego ofertę)

**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.

**Uwaga: Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.** Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań- art. 17 ust.4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

Wszystkie kopie dokumentów załączonych do oferty muszą być potwierdzone za godność z oryginałem przez osobę/osoby uprawnione.