Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 1 Zarządzenia Nr RZ-15/2018 Burmistrza Miasta Sławkowa z dnia 2 lutego 2018 r.

…………………………………................

Data i miejsce złożenia formularza

(wypełnia organ administracji publicznej)

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

(pieczęć podmiotu )

**W Z Ó R**

**OFERTA**

**NA REALIZACJĘ ZADANIA  
Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO  
podstawa prawna:  
ustawa z dnia 11 września 2015 roku  
o zdrowiu publicznym  
(Dz. U. z 2017 poz. 2237 ze zm.)  
.....................................................................................  
(organ administracji publicznej, do którego jest adresowana oferta)  
.....................................................................................  
(nazwa zadania publicznego - zgodnie z ogłoszeniem konkursowym)  
.....................................................................................  
(nazwa własna zadania, określona przez oferenta)  
okres realizacji od ........................ do ............................**

**I. DANE O OFERENCIE**

1. PEŁNA NAZWA OFERENTA ZGODNA Z WŁAŚCIWYM REJESTREM LUB DOKUMENTEM ZAŁOŻYCIELSKIM

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

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

2. DOKŁADNY ADRES SIEDZIBY:……………………………………………………………………….

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

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

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

3. FORMA PRAWNA .......................................................................................................................

4. NUMER WPISU DO KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO LUB INNEGO REJESTRU/EWIDENCJI

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

5. NR NIP ……………………………

6. NAZWA BANKU I NR RACHUNKU ……………...........................................................................

7. NAZWISKA I IMIONA OSÓB UPRAWNIONYCH DO SKŁADANIA OŚWIADCZEŃ WOLI W IMIENIU OFERENTA I DO PODPISYWANIA UMOWY NA REALIZACJĘ ZADANIA PUBLICZNEGO

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

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

8. OSOBA UPOWAŻNIONA DO SKŁADANIA WYJAŚNIEŃ I KOREKT DOTYCZĄCYCH OFERTY (IMIĘ I NAZWISKO, FUNKCJA ORAZ NR TELEFONU KONTAKTOWEGO)

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

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

**II. SZCZEGÓŁOWY SPOSÓB REALIZACJI ZADANIA**

1. Opis potrzeb wskazujących na celowość wykonania zadania.

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

2. 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).

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

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

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

4. 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).

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

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

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

**III. TERMIN I MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA (dokładny adres, telefon, adres mailowy)**

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj kosztów** | **Ilość jednostek** | **Koszt jednostkowy**  **(w zł)** | **Rodzaj miary** | **Koszt całkowity (w zł)** | **Koszt wnioskowanej**  **dotacji (w zł)** | **Koszt współfinanso-**  **wania**  **(w zł)** | **Numer(y) działania zgodnie  z harmonogramem** |
| ***Koszty merytoryczne*** | | | | | | | | |
|  | wydatek |  |  |  |  |  |  |  |
|  | wydatek |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM: | | | |  |  |  |  |
| ***Koszty administracyjne*** | | | | | | | | |
|  | wydatek |  |  |  |  |  |  |  |
|  | wydatek |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM: | | | |  |  |  |  |
|  | (koszty merytoryczne + koszty administracyjne) OGÓŁEM | | | |  |  |  |  |

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

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

**VI. 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):

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

2. 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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

3. 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 2017 r. poz. 2237 ze zm.) 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 2017 r. poz. 2237 ze 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 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

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) ..........................

8) ..........................

9) ..........................

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

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

Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)

|  |
| --- |
|  |