****

**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* (Dz. U. z 2022 r. poz. 1608 z późn. zm.)**

**NARODOWY PROGRAM ZDROWIA 2021-2025**

|  |
| --- |
| **Informacje wypełniane przez instytucję przyjmującą ofertę** |
| Data złożenia oferty: |
| Numer kancelaryjny oferty: |

|  |
| --- |
| **Informacje o ofercie** |
| Tytuł zadania publicznego: |
| Okres realizacji zadania: *[*od *dd.mm.rrrr* do *dd.mm.rrrr]* |
| Wysokość wnioskowanych środków: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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: (zgodnie z formatem XXX XXX XX XX) | | |
| REGON: | | |
| Adres siedziby  Ulica:  Kod pocztowy:  Gmina:  Telefon: | Nr budynku:  Miejscowość:  Powiat:  Fax: | Nr lokalu:  Poczta: |
| Adres do korespondencji  (jeśli jest inny niż siedziby) |  |  |
| Adres e-mail: | | |
| 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]* | | |

**I. Szczegółowy sposób realizacji zadania**

1. 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;* *konieczne jest określenie celu   
   w odniesieniu do przedkładanej oferty]*

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

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

1. Szczegółowy opis działań planowanych do realizacji [[1]](#footnote-1)   
   *[w szczególności wskazanie przedsięwzięć, które będą realizowane i sposobu/narzędzi ich realizacji; przedstawienie szczegółowego programu szkolenia / turnusu / warsztatów; określenie warunków realizacji zadania, w tym wskazanie liczby osób objętych ofertą, liczebności grup szkoleniowych, harmonogramu realizacji zajęć; uzasadnienie podejmowanych działań w kontekście celu realizowanego zadania z zakresu zdrowia publicznego i trwałości planowanych rezultatów]*

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

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

1. Termin i miejsce realizacji zadania   
   *[w szczególności wskazanie terminów realizacji poszczególnych turnusów / dni szkoleniowych; określenie miejsca oraz warunków, które zapewnią realizację oferty]*

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

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

1. Zakładane rezultaty realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz opis sposobu ich monitorowania/ewaluacji

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakładane rezultaty\* realizacji zadania** | **Planowany poziom osiągnięcia rezultatów (jednostki pomiaru i wartość docelowa)** | **Sposób monitorowania osiągniętych rezultatów / źródło informacji  o osiągnięciu wskaźnika** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |

\* *w tym miejscu należy wskazać zakładane rezultaty realizowanego zadania, np. uzyskanie konkretnych kompetencji, uprawnień, podniesienie świadomości wśród grupy docelowej, wdrożenie rozwiązań etc.*

**II. Szczegółowy harmonogram działań w zakresie realizacji zadania**

Harmonogram powinien odzwierciedlać wszystkie zaplanowane działania wraz z terminami ich realizacji.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Poszczególne działania[[2]](#footnote-2) w zakresie realizowanego zadania | | | | | | Terminy realizacji poszczególnych działań | | | | | | | | | | | | | Miejsce realizacji poszczególnych działań |
| Rok | | | | | | 2024 | | | | | | | | | | | | |
| miesiące | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Działanie 1 … | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Działanie 2 … | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| Działanie 3 … | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |

**III. Informacje dotyczące realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego**

1. Doświadczenie oferenta - informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, związanej z przedmiotem konkursu   
*[Informacja powinna uwzględniać opis minimum 3 projektów o zbliżonej objętości godzinowej i tematycznej lub minimum 3 projektów adresowanych do wskazanej w ogłoszeniu grupy odbiorów, realizowanych przez Oferenta w okresie min. ostatnich 3 lat przed datą złożenia oferty, ze wskazaniem ich wartości, okresu   
i obszaru realizacji, źródła finansowania, w tym programu, instytucji, do której był składany wniosek   
o dofinansowanie projektu. Przedstawiona informacja powinna być zwięzła, pozwalająca na ocenę posiadanego doświadczenia oferenta pod kątem realizacji przez niego projektów o zbieżnym zakresie (temacie, charakterze, grupie odbiorców, czasie trwania) do przedmiotu ogłoszenia. Nie należy opisywać całej prowadzonej przez oferenta działalności].*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa projektu, zadania,**  **oraz zakres tematyczny szkolenia/ warsztatu** | **Wartość projektu/ zadania, źródło finansowania** (instytucja zlecająca projekt),  **termin realizacji** | **Liczba godzin szkolenia/ warsztatu** (czas trwania 1 szkolenia/ warsztatu – liczba godzin) | **Liczba odbiorców i grupa odbiorców** (zawodowa, społeczna) |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |

2. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych oferenta zapewniających wykonanie zadania

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

3. Informacja o zasobach kadrowych oferenta, kompetencjach i zakresie obowiązków kluczowych osób biorących udział w realizacji zadania

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres obowiązków  i sposób zaangażowania przy realizacji oferty** | **Kompetencje i doświadczenie  w wykonywaniu zadań będących przedmiotem zadania** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |

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

1. Wysokość wnioskowanych środków na realizację zadania

*[całkowita wnioskowana kwota dotacji, obejmująca w szczególności wszystkie koszty, opłaty, wydatki, daniny i inne świadczenia, które wnioskodawca zobowiązany jest ponieść w związku z prawidłową realizacją zadania i nie ma możliwości jej zwiększenia]* .……………………………………………… (słownie…………………………………..)

2. Szczegółowy kosztorys wykonania zadania:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kalkulacja przewidywanych kosztów na rok 2024** | | | | |
| **Zakres działań** | **jednostka miary** | **liczba jednostek** | **cena jednostkowa** | **Łącznie wysokość środków na realizację zadania** |
|
| 1 | 2 | 3 | | 4 |
| **Koszty merytoryczne** | **0,00 zł** | | | |
| ***Działanie 1 …*** | **0,00 zł** | | | |
| … wydatek |  | 0,00 | 0,00 zł | **0,00 zł** |
| … wydatek |  | 0,00 | 0,00 zł | **0,00 zł** |
| ***Działanie 2 …*** | ***0,00 zł*** | | | |
| … wydatek |  | 0,00 | 0,00 zł | **0,00 zł** |
| … wydatek |  | 0,00 | 0,00 zł | **0,00 zł** |
| **Koszty administracyjne** | | **0,00 zł** | | **0,00 zł** |
| … wydatek |  | 0,00 | 0,00 zł | **0,00 zł** |
| … wydatek |  | 0,00 | 0,00 zł | **0,00 zł** |
| **Koszty administracyjne jako % kosztów merytorycznych** | | | | **…%** |
| **RAZEM** | | | | **0,00 zł** |

**Oświadczenia Oferenta**

Oświadczam (-y), że:

1. zapoznałem/łam/liśmy się z ogłoszeniem o konkursie ofert;
2. zapoznałem/łam/liśmy się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w związku z postępowaniem w sprawie otwartego konkursu ofert na realizację zadania   
   ***Organizacja warsztatów z zakresu zarzadzania zespołem wielopokoleniowym***;
3. zapoznałem/łam/liśmy się z ustawą z dnia 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym*   
   (Dz. U. z 2022 r. poz.1608 z późn. zm.) 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),
4. spełniam/y warunki podmiotowe wskazane w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym* (Dz. U. z 2022 r. poz. 1608 z późn. zm.) ;
5. oferent składający niniejszą ofertę nie zalega z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych;
6. oferent składający niniejszą ofertę nie zalega z opłacaniem należności z tytułu składek   
   na ubezpieczenie społeczne;
7. wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
8. w zakresie związanym z konkursem ofert, oferent zrealizował obowiązek informacyjny (klauzula informacyjna) wynikający z 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) (Dz. Urz. UE L 119 Nr 1), wobec osób wskazanych w ofercie, w tym osób wskazanych w pkt III.3;
9. Oferta zawiera …………………. ponumerowanych stron (bez załączników);
10. Oferta zawiera ……. załączników.

Data ………..………….

……………………………………………………………………………….

podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych

do składania oświadczeń woli   
w imieniu oferenta[[3]](#footnote-3)

**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 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;
3. oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
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. oświadczenie, że oferent nie będzie finansował tych samych wydatków w ramach zadania lub zadań zbieżnych merytorycznie, realizowanych w ramach innych projektów, z więcej niż jednego źródła finansowania (tzw. podwójne finansowanie).

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

1. Opis działań musi być spójny z harmonogramem działań i kosztorysem [↑](#footnote-ref-1)
2. Wskazane działania muszą zostać przeniesione do kosztorysu w pkt IV.2. oferty. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku podpisania wniosku przez osobę inną niż osoba upoważniona do składania oświadczeń woli po stronie oferenta, należy do wniosku dołączyć stosowne upoważnienie. [↑](#footnote-ref-3)