

*WZÓR*

OFERTA REALIZACJI ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

**POUCZENIE co do sposobu wypełniania oferty:**

Ofertę należy wypełnić wyłącznie w białych pustych polach, zgodnie z instrukcjami umieszonymi przy poszczególnych polach lub w przypisach.

W przypadku pól, które nie dotyczą danej oferty, należy wpisać „nie dotyczy” lub przekreślić pole.

Zaznaczenie „\*”, np., „Oferta realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego\*/Oferta wspólna realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego\*”, oznacza, że należy skreślić niewłaściwą odpowiedź i pozostawić prawidłową. Przykład: „Oferta realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego\* ~~/Oferta wspólna realizacji zadania z zakresu zdrowia~~ ~~publicznego\*~~”.

**I. Podstawowe informacje o złożonej ofercie**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Organ administracji publicznej,**  **do którego jest adresowana oferta** | Minister Edukacji i Nauki |
| **2. Rodzaj zadania z zakresu zdrowia publicznego**[[1]](#footnote-1)) | **Pozytywna szkoła - realizacja projektów i programów edukacyjnych, wychowawczych, interwencyjnych oraz profilaktycznych opartych na podstawach naukowych, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej – III edycja** |

**II. Dane oferenta(-tów)**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nazwa oferenta(-tów), forma prawna, numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub innej ewidencji, adres siedziby, strona www, adres do korespondencji, adres e-mail, numer telefonu** | |
|  | |
| **2. Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień dotyczących oferty** (np. imię i nazwisko, numer telefonu, adres poczty elektronicznej) |  |

**III. Opis zadania**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Tytuł zadania z zakresu zdrowia publicznego** | | | |  | | | | | | | |
| **2. Termin realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego** | | | | Data rozpoczęcia | |  | | | Data  zakończenia | |  |
| **3. Syntetyczny opis zadania** (należy wskazać i opisać: miejsce realizacji zadania, grupę docelową, sposób rozwiązywania jej problemów/zaspokajania potrzeb, komplementarność z innymi działaniami podejmowanymi przez organizację lub inne podmioty) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **4. Plan i harmonogram działań na rok 2022**  (należy wymienić i opisać w porządku logicznym wszystkie planowane w ofercie działania oraz określić ich uczestników i miejsce ich realizacji) | | | | | | | | | | | |
|  | **Nazwa działania** | **Opis** | | |  | | | **Planowany termin realizacji** | | **Zakres działania realizowany przez podmiot niebędący stroną umowy**[[2]](#footnote-2)) | |
| **Lp.** | **Grupa docelowa** | | |
|  |  |  | | |  | | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | | |  | |
|  |  |  | | |  | | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | | |  | |  | |
| **5. Opis zakładanych rezultatów realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego**  (należy opisać:   1. co będzie bezpośrednim efektem (materialne „produkty” lub „usługi” zrealizowane na rzecz uczestników zadania) realizacji oferty? 2. jaka zmiana społeczna zostanie osiągnięta poprzez realizację zadania? 3. czy przewidywane jest wykorzystanie rezultatów osiągniętych w trakcie realizacji oferty w dalszych działaniach organizacji? – trwałość rezultatów zadania) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **6. Dodatkowe informacje dotyczące rezultatów realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego** | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa rezultatu** | | | **Planowany poziom osiągnięcia rezultatów (wartość docelowa)** | | | | **Sposób monitorowania rezultatów / źródło informacji o osiągnięciu wskaźnika** | | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | |

**IV. Charakterystyka oferenta**

|  |
| --- |
| **1. Informacja o wcześniejszej działalności oferenta, w szczególności w zakresie, którego dotyczy zadanie z zakresu zdrowia publicznego** |
|  |
| **2. Zasoby kadrowe, rzeczowe i finansowe oferenta, które będą wykorzystane do realizacji zadania** |
|  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztu** | **Rodzaj**  **miary** | **Koszt jednostkowy**  **[PLN]** | **Liczba jednostek** | **Wartość [PLN]** | | |
| **Razem w 2022 r.** | **tym:** | |
| **dotacja** | **wkład własny** |
| **I.** | **Koszty realizacji działań** |  |  |  |  |  |  |
| I.1. | Działanie 1 |  |  |  |  |  |  |
| I.1.1. | Koszt 1 |  |  |  |  |  |  |
| I.1.2. | Koszt 2 |  |  |  |  |  |  |
| … | … |  |  |  |  |  |  |
| I.2. | Działanie 2 |  |  |  |  |  |  |
| I.2.1. | Koszt 1 |  |  |  |  |  |  |
| I.2.2. | Koszt 2 |  |  |  |  |  |  |
| … | … |  |  |  |  |  |  |
| I.3. | Działanie 3 |  |  |  |  |  |  |
| I.3.1. | Koszt 1 |  |  |  |  |  |  |
| I.3.2. | Koszt 2 |  |  |  |  |  |  |
| … | … |  |  |  |  |  |  |
| **Suma kosztów realizacji zadania** | | | | |  |  |  |
| **II.** | **Koszty administracyjne** | | | | | | |
| II.1. | Koszt 1 |  |  |  |  |  |  |
| II.2. | Koszt 2 |  |  |  |  |  |  |
| … | … |  |  |  |  |  |  |
| **Suma kosztów administracyjnych** | | | | |  |  |  |
| **Suma wszystkich kosztów realizacji zadania** | | | | |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **V.B Źródła finansowania kosztów realizacji zadania** | | | |
| **Lp.** | **Źródło finansowania kosztów realizacji zadania** | **Wartość [PLN]** | **Udział [%]** |
| 1. | Suma wszystkich kosztów realizacji zadania |  | 100 |
| 2. | Planowana dotacja w ramach niniejszej oferty |  |  |
| 3. | Wkład własny[[3]](#footnote-3)) |  |  |
| 3.1. | Wkład własny finansowy |  |  |
| 3.2. | Wkład własny niefinansowy (osobowy i rzeczowy) |  |  |
| 4. | Świadczenia pieniężne od odbiorców zadania |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Źródło finansowania kosztów realizacji zadania** | **Wartość [PLN]** | | |
|  |  |  | **w tym** | |
|  | | **Razem w 2022 r.** | **dotacja** | **wkład własny** |
| 1. | Oferent 1 |  |  |  |
| 2. | Oferent 2 |  |  |  |
| 3. | Oferent 3 |  |  |  |
|  | … |  |  |  |
| Suma wszystkich kosztów realizacji zadania | |  |  |  |

**VI. Inne informacje**

|  |
| --- |
| 1. **Deklaracja o zamiarze odpłatnego lub nieodpłatnego wykonania zadania z zakresu zdrowia publicznego.** 2. **Działania, które w ramach realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego będą wykonywać poszczególni oferenci oraz sposób ich reprezentacji wobec organu administracji publicznej – w przypadku oferty wspólnej.** 3. **Inne działania, które mogą mieć znaczenie przy ocenie oferty, w tym odnoszące się do kalkulacji przewidywanych kosztów oraz oświadczeń zawartych w sekcji VII.** |
|  |

**VII. Oświadczenia**

Oświadczam(-my), że:

1) proponowane zadanie z zakresu zdrowia publicznego będzie realizowane wyłącznie w zakresie działalności pożytku publicznego oferenta(-tów) lub zadania z zakresu zdrowia publicznego określonego w art. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 183);

2) pobieranie świadczeń pieniężnych będzie się odbywać wyłącznie w ramach prowadzonej odpłatnej działalności pożytku publicznego;

3) oferent\* / oferenci\* składający niniejszą ofertę nie zalega(-ją)\* / zalega(-ją)\* z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych;

4) oferent\* / oferenci\* składający niniejszą ofertę nie zalega(-ją)\* / zalega(-ją)\* z opłacaniem należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne;

5) dane zawarte w części II niniejszej oferty są zgodne z Krajowym Rejestrem Sądowym\* / właściwą ewidencją\*;

6) wszystkie informacje podane w ofercie oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym   
i faktycznym;

7) w zakresie związanym z otwartym 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 przepisami o ochronie danych osobowych.

................................................................. Data ........................................................

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

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

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy

osób upoważnionych do składania oświadczeń

woli w imieniu oferentów)

**ZAŁĄCZNIKI:**

**Zgodnie z art. 15 ust. 6 ustawy o zdrowiu publicznym do oferty dołącza się:**

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.

1. )  Wypełnić jedynie w przypadku, gdy oferta została złożona w związku z ogłoszonym przez organ otwartym konkursem ofert. Zadania z zakresu zdrowia publicznego określone zostały w art. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 183) [↑](#footnote-ref-1)
2. )  Dotyczy zakresu działania tej części zadania, która będzie realizowana przez podmiot niebędący stroną umowy, o którym mowa w art. 16 ust. 4 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. [↑](#footnote-ref-2)
3. ) Suma pól 3.1. i 3.2. [↑](#footnote-ref-3)