****

**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. poz. 1916 z późn. zm.)**

**NARODOWY PROGRAM ZDROWIA 2016-2020**

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

|  |
| --- |
| **Informacje o ofercie** |
| Cel operacyjny NPZ: |
| Zadanie z zakresu zdrowia publicznego: *[pełna nazwa zadania zgodnie z NPZ]* |
| Okres realizacji zadania: *[*od *dd.mm.rrrr* do *dd.mm.rrrr]* |
| Zasięg terytorialny realizacji zadania: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |  |  |
| Adres e-mail: | | |
| Adres strony www: | | |
| 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. Opis potrzeb wskazujących na celowość wykonania zadania

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

*[w szczególności uzasadnienie realizacji zadania w oparciu o najnowsze dostępne dane/ badania/ analizy]*

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; uzasadnienie podejmowanych działań w kontekście celu realizowanego zadania   
z zakresu zdrowia publicznego i trwałości planowanych rezultatów, opis powinien zawierać liczbowe określenie skali działań planowanych do realizacji]*

1. Opis grup docelowych realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

*[w szczególności wskazanie adresatów prowadzonych działań, potrzeb i oczekiwań grupy docelowej, przewidywanej liczby osób/podmiotów objętych działaniami, sposobu i kryteriów rekrutacji – jeśli dotyczy]*

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zakładane rezultaty realizacji zadania | Planowany poziom osiągnięcia rezultatów (jednostki pomiaru i wartość docelowa) | Sposób monitorowania osiągniętych rezultatów / źródło informacji  o osiągnięciu wskaźnika |
|  |  |  |
|  |  |  |

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

*[wskazanie czy rezultaty będą trwałe, w jakim stopniu realizacja zadania przyczyni się do osiągniecia jego celu]*

**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Miejsca realizacji poszczególnych działań |
| rok | | | | | | | 201. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 201. | | | | | | | | | | | | | | | |
| miesiące | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Działanie 1 … | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Działanie 2 … | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

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

1. Wysokość wnioskowanych środków: ……………………………………………………………

2. Kwota współfinansowania (jeśli dotyczy), zgodnie z art. 15 ust. 1 pkt 9 ustawy:……………

3. Szczegółowy kosztorys wykonania zadania

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kalkulacja przewidywanych kosztów na rok ….**  (w przypadku zadania realizowanego w okresie dłuższym niż jeden rok budżetowy należy dodać tabele dla każdego roku odrębnie) | | | | | | | | | |
| **kategoria** | **jednostka miary** | **liczba jednostek** | **cena jednostkowa** | **łącznie** | **wysokość środków ogółem na realizację zadania** | **kwota do pokrycia z wnioskowanych środków** | **kwota  z kolumny OGÓŁEM do pokrycia ze współfinanso-wania –**  **jeśli dotyczy[[3]](#footnote-3)** | **rodzaj wydatków**  **ponoszonych z wnioskowanych środków (dot. kol. 5)** | |
| **bieżące** | **majątkowe** |
| 1 | 2 | 3 | | | 4 | 5 | 6 |  |  |
| **Koszty merytoryczne** | | **0,00 zł** | | | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** |
| ***Działanie 1 …*** | | *0,00 zł* | | | **0,00 zł** | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| … wydatek |  | 0,00 | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| … wydatek |  | 0,00 | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| ***Działanie 2 …*** | | *0,00 zł* | | | **0,00 zł** | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| … wydatek |  | 0,00 | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| … wydatek |  | 0,00 | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| **Koszty administracyjne** | | **0,00 zł** | | | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** |
| … wydatek |  | 0,00 | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| … wydatek |  | 0,00 | 0,00 zł | 0,00 zł | **0,00 zł** | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| **Koszty administracyjne jako % kosztów merytorycznych** | | …% | | | **…%** | …% |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |

**IV. 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

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

*[informacja powinna uwzględniać opis realizowanych projektów dotyczących zadania określonego   
w konkursie ofert realizowanych 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 (jeśli dotyczy)]*

2. Informacja o zasobach kadrowych oferenta przewidywanych do wykorzystania przy realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego, kompetencjach i zakresie obowiązków kluczowych osób biorących udział w realizacji zadania

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **imię i nazwisko** | **zakres obowiązków  i sposób zaangażowania przy realizacji oferty** | **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 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916, z późn. zm.) i rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz. U. poz. 1492);
3. spełniam/y warunki podmiotowe wskazane w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916, z późn. zm.);
4. oferent składający niniejszą ofertę nie zalega z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych;
5. oferent składający niniejszą ofertę nie zalega z opłacaniem należności z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne;
6. wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
7. 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 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U.   
   z 2016 r. poz. 922);
8. posiadam/y środki na współfinansowanie zadania, zgodnie z art. 15 ust. 1 pkt 9 ustawy   
   o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916, z późn. zm.) *(jeśli dotyczy);*
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[[4]](#footnote-4)

**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;
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).

1. Opis działań musi być spójny z harmonogramem działań i kosztorysem [↑](#footnote-ref-1)
2. Wskazane działania muszą zostać przeniesione do kosztorysu w pkt III.3. oferty. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zgodnie z art. 15 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. poz. 1916 z późn. zm.) [↑](#footnote-ref-3)
4. 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-4)