**załącznik nr 1 do ogłoszenia**

..................………………………………

Data i miejsce złożenia oferty

(wypełnia UG w Mykanowie)

**OFERTA REALIZACJI ZADANIA**

**Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO**

podstawa prawna:

ustawa z dnia 11 września 2015 roku

o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 183 z późn. zm.)

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

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

(nazwa obszaru zgodnie z ogłoszeniem konkursowym)

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

(tytuł projektu)

okres realizacji od ........................ do ............................

1. **Dane Oferenta/Oferentów**
2. Nazwa:................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ ..............................................................................................................................................................

Adres:………………………………...……………………...……………………………….………………………………………………………………………………………………………………..

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

tel.:..........................................................................faks:......................................................................email:......................................................................http://.....................................................................

1. Forma prawna:

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

1. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym, w innym rejestrze lub ewidencji:

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

Data wpisu, rejestracji lub utworzenia:………………………………………………………………

1. NIP: .....................................................................................................................................................
2. REGON: ..............................................................................................................................................
3. Numer rachunku bankowego:…………………………………………….…………………………..
4. Nazwa banku:………………………………………………………………………………….……...
5. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentowania oferenta/oferentów:
6. …………………...............................................................……..........................................
7. …..……………...............................................................……............................................
8. ……………...............................................................……..................................................
9. Osoba upoważniona do składania wyjaśnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz
nr telefonu kontaktowego) ............................................................................................................
10. Przedmiot działalności pożytku publicznego:

a) działalność nieodpłatna pożytku publicznego

b) działalność odpłatna pożytku publicznego

1. Jeżeli oferent/oferenci prowadzi/prowadzą działalność gospodarczą:
2. numer wpisu do rejestru przedsiębiorców:…………………………………………….…
3. przedmiot działalności gospodarczej:…….………………………………………………
4. **Szczegółowy sposób realizacji zadania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Termin i miejsce realizacji zadania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania:**

|  |
| --- |
| Zadanie realizowane w okresie od ................................ do .................................... |
| Poszczególne działaniaw zakresie realizowanego zadania  | Terminy realizacjiposzczególnych działań | Oferent lub inny podmiot odpowiedzialnyza działanie w zakresie realizowanegozadania  |
|  |  |  |

1. **Informacja o wysokości wnioskowanych środków:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Informacja o wysokości współfinansowania realizacji zadania:**
2. **Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych oraz zasobie kadrowym
i kompetencjach osób zapewniających wykonanie zadania, a także o zakresie obowiązków tych osób:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Informacja o wysokości środków przeznaczonych na realizację zadania oraz kosztorys wykonania zadania, w szczególności uwzględniający koszty administracyjne:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Rodzaj kosztów  | Ilość jednostek | Koszt jednostkowy (w zł) | Rodzaj miary | Koszt całkowity (w zł) | z tego do pokrycia z wnioskowanych środkówfinansowych (w zł) | z tego z finansowych środków własnych, środków z innych źródeł, w tym wpłat i opłat adresatów zadania(w zł)  | koszt do pokrycia z wkładuosobowego, w tym pracy społecznej członków i świadczeń wolontariuszy (w zł) |
| I. | Kosztymerytoryczne po stronie Oferenta1).….......................2).…....................... |  |  |  |  |  |  |  |
| II. | Koszty obsługi zadania, w tym koszty administracyjne po stronie Oferenta1) .…......................2) .…...................... |  |  |  |  |  |  |  |
| III. | Inne koszty, w tym koszty wyposażenia i promocji po stronie Oferenta1) .….....................2) .…..................... |  |  |  |  |  |  |  |
| IV. | Ogółem: |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Przewidywane źródła finansowania zadania w zakresie zdrowia publicznego;**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Wnioskowana wysokość środków finansowych | ........... zł | .......... % |
| 2. | Środki finansowe własne  | ........... zł | .......... % |
| 3. | Środki finansowe z innych źródeł ogółem (środki finansowe wymienione w pkt 3.1—3.3) | ........... zł | .......... % |
| 3.1. | Wpłaty i opłaty adresatów zadania publicznego | ........... zł | ...........% |
| 3.2. | Środki finansowe z innych źródeł publicznych (w szczególności: dotacje z budżetu państwa lub budżetu jednostki samorządu terytorialnego, funduszy celowych, środki z funduszy strukturalnych) | ........... zł | .......... % |
| 3.3. | Pozostałe | .......... zł | .......... % |
| 4. | Wkład osobowy (w tym świadczenia wolontariuszy i praca społeczna członków) | ........... zł | .......... % |
| 5. | Ogółem (środki wymienione w pkt 1—4) | ........... zł | 100 % |

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 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. **\*Pouczenie**: Składający oświadczenia jest obowiązany do zawarcia w nich klauzuli następującej treści: „*Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.* Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. – podstawa art. 17 ust 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 poz. 183 z późn. zm.).

 (pieczęć Oferenta)

…………........................…………………….

…………........................…………………….

…………........................…………………….

(podpis osoby upoważnionej

lub podpisy osób upoważnionych

do składania oferty

Data ……………..........................

 Adnotacje urzędowe:

|  |
| --- |
|   |

 **OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

**My niżej podpisani reprezentujący:……………………………………………………….**

(nazwa organizacji)

**Oświadczamy, że:**

**1)** zapoznałem /łam/lismy się z ogłoszeniemo konkursie ofert

**2)** zapoznałem/łam/liśmy się z ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym ( Dz. U. z 2021 poz. 183 z późn. zm.) i rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025,

**3)** spełniam /y warunki podmiotowe wskazane w art.3 ust.3 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym

**4)** wnioskodawca składający niniejszą ofertę nie zalega z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych i składek na ubezpieczenie społeczne,

**5)** wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,

**6)** w zakresie związanym z konkursem ofert, w tym z gromadzeniem,przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzeniem ich do systemów informatycznych, osoby,których dotyczą te dane , złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych

**7)** w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych,

**8)**  nie jesteśmy objęci zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byliśmy karani za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe\*,

**9)** jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązujemy się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym\*,

**10)**  kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł\*,

**11)** posiadamy środki na współfinansowanie zadania , zgodnie z art.15 ust.1 pkt. 9 ustawy o zdrowiu publicznym

 „*Jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.*

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

 (miejscowość i data) (podpisy osób upoważnionych)