

**Załącznik Nr 4** do załącznika Nr 1  
Zarządzenia Nr 0050.230.2024  
Prezydenta Miasta Będzina  
z dnia 25.07.2024 roku

.....  
data 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

.....  
(nazwa zadania publicznego zgodnie z ogłoszeniem konkursowym)

.....  
(nazwa własna zadania, określona przez oferenta)

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

## I. DANE NA TEMAT PODMIOTU

1. Nazwa podmiotu .....
2. Dokładny adres: .....  
telefon: ..... fax: .....  
e-mail: ..... http:// .....
3. Forma prawna .....
4. Numer wpisu do rejestru sądowego lub innego rejestru/ewidencji: .....
5. Nr NIP: .....
6. Nazwa banku i nr rachunku: .....
7. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy na realizację zadania publicznego: .....
8. Osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko, funkcja oraz nr telefonu kontaktowego): .....

## II. SZCZEGÓŁOWY SPOSÓB REALIZACJI ZADANIA

1. Opis potrzeb wskazujących na celowość wykonania zadania.

<p> <input type="checkbox"/> <b>1. General Information</b>          Name: _____          Address: _____          City: _____ State: _____ Zip: _____          Phone: _____       </p>	
<p> <input type="checkbox"/> <b>2. Employment Information</b>          Employer: _____          Position: _____          Start Date: _____          End Date: _____       </p>	
<p> <input type="checkbox"/> <b>3. Education Information</b>          Degree: _____          Institution: _____          Graduation Date: _____       </p>	
<p> <input type="checkbox"/> <b>4. Financial Information</b>          Annual Income: _____          Assets: _____          Liabilities: _____       </p>	
<p> <input type="checkbox"/> <b>5. Other Information</b>          Comments: _____          Signature: _____          Date: _____       </p>	

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**

Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania	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	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł)	Koszt wnioskowanych środków (w zł)	Koszt współfinansowania przez oferenta (w zł) jeżeli dotyczy
<b>KOSZTY MERYTORYCZNE (koszt zdrowotny, informacyjny, edukacyjny)</b>							
<b>KOSZTY ADMINISTRACYJNE</b>							
<b>OGÓŁEM:</b>							

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 dotycząca realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego (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:

3. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych oferenta zapewniających wykonanie zadania:

Oświadczam (-y), że:

- (data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych  
do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

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 (załącznik nr 1),
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 (załącznik nr 2),
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 (załącznik nr 3),
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 (załącznik nr 4).
6. inne dokumenty/oświadczenia zgodnie z ogłoszeniem konkursowym.
7. ....
8. ....
9. ....

Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)