

.....  
data i miejsce 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  
(t.j. Dz. U. z 2018 roku, poz. 1492 z późn. zm.)

.....  
(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.

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<br>w zakresie realizowanego zadania | Termin realizacji<br>(od dd.mm.rrrr. do dd.mm.rrrr) | Miejsce realizacji<br>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</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:

**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 roku o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2018 roku poz. 1492) i rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 roku w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 - 2020 (Dz. U. z 2016 roku poz. 1492).
3. Spełniam/y warunki podmiotowe wskazane w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2018 roku poz. 1492).
4. Uzyskałem/łam/liśmy zgodę wszystkich osób fizycznych, których dane są zawarte w ofercie oraz zobowiązuje się uzyskać zgodę wszystkich osób fizycznych wskazanych w uzupełnieniach i wyjaśnieniach do oferty, na przetwarzanie danych osobowych w związku z ogłoszonym konkursem ofert. Oświadczam, że poinformowałem/łam/liśmy wszystkie osoby fizyczne, których dane są zawarte w ofercie oraz zobowiązuje się poinformować wszystkie osoby wskazane w uzupełnieniach i wyjaśnieniach do oferty, że dane zostaną udostępnione Zamawiającemu.
5. Wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....

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

**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 finansowych,
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,
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,
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.
6. inne dokumenty/oświadczenia zgodnie z ogłoszeniem konkursowym.
7. ....
8. ....
9. ....

**oświadczenia, o których mowa powyżej muszą zawierać klauzulę:**

**„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.**

Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)