**Załącznik nr 1 do ogłoszenia: Wzór formularza**

** **

**Oferta na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego,   
składana na podstawie art. 14 ust. 1 ustawy z dnia**

**11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2018 r., poz. 1492 ze zm.)**

**NARODOWY PROGRAM ZDROWIA 2016-2020**

**(NPZ 2016-2020)**

|  |
| --- |
| **Informacje wypełniane przez PARPA,  jako instytucję przyjmującą ofertę** |
| Data złożenia oferty: |
| Numer kancelaryjny oferty: |

|  |
| --- |
| **Informacje o ofercie** |
| Numer zadania konkursowego: |
| Nazwa zadania konkursowego: |
| Termin realizacji zadania: *[*od *dd.mm.rrrr* do *dd.mm.rrrr]* |
| Miejsce realizacji zadania: |
| Wnioskowana kwota: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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] | | |

1. **Szczegółowy opis sposobu realizacji zadania (wraz z uzasadnieniem) [[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 grupy docelowej prowadzonych działań, potrzeb i oczekiwań grupy docelowej, przewidywanej liczby osób/podmiotów objętych działaniami, sposobu i kryteriów rekrutacji – jeśli dotyczy]*

1. **Zakładane rezultaty i produkty realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz opis sposobu ich monitorowania** ………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

*[w szczególności wskazanie, w jakim stopniu realizacja zadania przyczyni się do osiągniecia jego celu, określenie rezultatów realizacji oferty i ich wpływu na realizację celu zadania, wskazanie na realność, możliwość osiągnięcia rezultatów w kontekście planowanych działań i zasobów oferenta]*

**IV. Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania**

**…………………………………………………………………………………………………………**

*[Oferent przedstawi harmonogram Gantta z uwzględnieniem etapów realizacji zadania]*

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

1. Wysokość wnioskowanego środków na realizację zadania (całkowita wnioskowana kwota dotacji obejmuje w szczególności wszelkie koszty, opłaty, wydatki, daniny i inne świadczenia, które oferent zobowiązany jest ponieść w związku z prawidłową realizacją zadania i nie ma możliwości jej zwiększenia): …………………………………

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

3. Podanie założeń przyjętych do wyliczenia kosztów administracyjnych.

2. 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) | | | | | | | | | | | |
| **Zakres działań** | **Okres realizacji zadania oraz terminy przekazania produktów – jeśli dotyczy** | **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 współfinansowania –**  **jeśli dotyczy[[2]](#footnote-2)** | | **rodzaj wydatków**  **ponoszonych z wnioskowanych środków (dot. kol. 5)** | |
| **osobowy** | **finansowy** | **bieżące** | **majątkowe** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | | 5 | 6 | 7 | | 8 | 9 |
| ***Działanie 1 [nazwa]…*** |  | *Nie dotyczy* | | | | | | | | | |
| **Koszty merytoryczne** | Nie dot. | Nie dot. | Nie dot. | 0,00zł | 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 | 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 | 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 | 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 | 0,00 zł |
| ***Działanie 2 [nazwa]…*** |  | *Nie dotyczy* | | | | | | | | | |
| **Koszty merytoryczne** | Nie dot. | Nie dot. | Nie dot. | 0,00zł | 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 | 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 | 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 | 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 | 0,00 zł |
| **Koszty administracyjne zadania w 201...r.\*** | | | | | | | | | | | |
| ….wydatek |  | x | x | x |  |  |  |  |  |  | x |
| ….wydatek |  |  |  |  |  |  |
| ….wydatek |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM 201.. r.** | | | | | | 0,00 zł | 0,00 zł | 0.00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| **W tym koszty merytoryczne** | | | | | | 0,00 zł | 0,00 zł | 0.00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| **W tym koszty administracyjne** | | | | | | 0,00 zł | 0,00 zł | 0.00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| **Koszty administracyjne jako % kosztów merytorycznych** | | | | | | 00, 00 % | | | | | |

*\*wraz z podaniem założeń przyjętych do wyliczenia kosztów administracyjnych*

**VI. Inne wybrane informacje dotyczące realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego**

1. **Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, związanej z zadaniem będącym przedmiotem konkursu** ………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

*[informacja powinna uwzględniać opis realizowanych projektów adekwatnych do treści zadania określonego w konkursie, ze wskazaniem ich wartości, okresu i obszaru realizacji, źródła finansowania, w tym programu, instytucji, do której był składana oferta o dofinansowanie (jeśli dotyczy)]*

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **imię i nazwisko** | **zakres obowiązków  i sposób zaangażowania przy realizacji oferty** | **kompetencje i doświadczenie  w wykonywaniu zadań będących przedmiotem konkursu** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

3. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych oferenta zapewniających wykonanie zadania

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

**Oświadczenia Oferenta**

Oświadczam (-y), że:

1. zapoznałem/łam/liśmy się z ogłoszeniem o konkursie;
2. zapoznałem/łam/liśmy się z ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2018 r. poz. 1492 ze zm.) i rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz. U. z 2016 r., poz. 1492);
3. spełniam/y warunki podmiotowe wskazane w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym;
4. nie zalegam/y z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych;
5. nie zalegam/y 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. Oferta zawiera …………………………………………. ponumerowane/ych strony/n.
8. Oferta zawiera ………..załączników.
9. Posiadam/y środki na współfinansowanie zadania, zgodnie z art. 15 ust. 1 pkt 9 ustawy o zdrowiu publicznym (jeśli dotyczy);

Data……………….

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego oferty[[3]](#footnote-3)

**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. oświadczenia (według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do ogłoszenia o konkursie);
3. ……………..

1. Opis działań musi być spójny z harmonogramem działań i kosztorysem [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z art. 15, ust. 1, pkt 9 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2018 r. poz. 1492 ze zm.) [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku podpisania oferty przez osobę inną niż osoba upoważniona do składania oświadczeń woli po stronie oferenta, należy do oferty dołączyć stosowne upoważnienie. [↑](#footnote-ref-3)