**Załącznik nr 2. Wzór formularza oferty**

**FORMULARZ OFERTY,**

o której mowa w art. § 15 ust. 3 oraz 5 ustawy z dnia 11 września 2015 r.

o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2018 r., poz. 1492 t.j.),

na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego określonych

**w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020** (Dz. U. z 2016 r., poz. 1492)

**POUCZENIE** co do sposobu wypełniania oferty:

1. Ofertę należy wypełnić wyłącznie w **białych pustych polach**, zgodnie z instrukcjami umieszonymi przy poszczególnych polach. W przypadku pól, które nie dotyczą danej oferty, należy wpisać odpowiednio „nie dotyczy” lub „0”.
2. Podstawowe zasady konstruowania budżetu zadania:
	1. Kosztorys należy sporządzić w złotych polskich.
	2. W kosztorysie konieczne jest przedstawienie wydatków kwalifikowalnych w podziale na wydatki merytoryczne oraz wydatki administracyjne.
	3. Wydatki merytoryczne są wydatkami bezpośrednio związanymi z realizacją zadania z zakresu zdrowia publicznego, natomiast wydatki administracyjne są wydatkami związanymi z obsługą realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego.
	4. Racjonalność i efektywność wydatków wskazanych w ofercie, jak również ich niezbędność do realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego i osiągania jego celów, w tym zasadność zaproponowanych wydatków w kontekście relacji nakład/rezultat będą ocenianie na etapie oceny merytorycznej oferty. Wszystkie wydatki muszą być uwzględnione i uzasadnione zarówno w kosztorysie, jak i opisie zadania.
	5. Kalkulacja wydatków w kosztorysie musi być czytelna i logiczna. W kosztorysie należy szczegółowo wykazać wydatki rodzajowe wraz z wydatkami jednostkowymi planowanego zadania. Wydatki przedstawione w kosztorysie muszą znajdować pełne uzasadnienie w opisie zadania (np. liczba uczestników, liczba materiałów informacyjnych itp.).
	6. Kosztorys powinien w możliwie precyzyjny sposób pokazywać sposób wyliczenia wydatków na dane działanie

**I. PODSTAWOWE INFORMACJE O ZŁOŻONEJ OFERCIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Data złożenia oferty**  |  |
| **2. Numer kancelaryjny oferty** |
| **3. Nazwa zadania konkursowego** |  |
| **4. Termin realizacji zadania publicznego** | **Data rozpoczęcia** |  | **Data** **zakończenia** |  |
| **Wnioskowana kwota dotacji** |  |

**II. DANE OFERENTA**

|  |  |
| --- | --- |
| **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:** |  |
| **Numer rachunku bankowego (, na który ma zostać przekazana dotacja)** |  |
| **Adres siedziby:****Ulica Nr budynku/ Nr lokalu****Kod pocztowy Miejscowość****Poczta****Gmina Powiat** |  |
| **Adres do korespondencji** |  |
| **Telefon** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Adres strony www:** |  |
| **Osoba/osoby upoważniona/e do podejmowania decyzji wiążących w imieniu oferenta:****[imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail]** |  |
| **Osoba/osoby upoważniona/e do składania wyjaśnień dotyczących oferty:****[imię i nazwisko, nr telefonu, e-mail]** |  |

**III. SZCZEGÓŁOWY ZAKRES RZECZOWY ORAZ KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH WYDATKÓW ZADANIA PUBLICZNEGO**

|  |
| --- |
| 1. **SZCZEGÓŁOWY SPOSÓB REALIZACJI ZADANIA** (*Opis działań musi być spójny z harmonogramem działań i kosztorysem, w szczególności powinien zawierać 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, w tym diagnozę i opis grupy docelowej)*
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **TERMIN I MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **HARMONOGRAM DZIAŁAŃ**

(należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych działań; w przypadku większej liczby działań istnieje możliwość dodania kolejnych wierszy) |
|  | **Nazwa działania**  | **Planowany termin realizacji** |
| **Lp.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMACJĘ O WCZEŚNIEJSZEJ DZIAŁALNOŚCI PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO OFERTĘ, JEŻELI DZIAŁALNOŚC TA DOTYCZY ZADANIA OKREŚLONEGO W OGŁOSZENIU KONKURSOWYM**
 |
|  |
| 1. **KOSZTORYS**

(w przypadku większej liczby wydatków istnieje możliwość dodawania kolejnych wierszy) |
| **Lp.** | **Rodzaj wydatku** | **Wydatek całkowity****(zł)** | **do poniesienia****z wnioskowanej dotacji****(zł)** | **do poniesienia ze środków finansowych własnych, środków pochodzących z innych źródeł, wkładu osobowego lub rzeczowego(zł)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **WYDATKI OGÓŁEM :** |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMACJA O POSIADANYCH ZASOBACH RZECZOWYCH**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **ZASOBY KADROWE**
 |
| **Lp.** | **Stanowisko** | **Kompetencje osób zapewniających wykonanie zadania** | **Zakres obowiązków** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Zaznaczenie „\*” oznacza, że należy skreślić niewłaściwą odpowiedź i pozostawić prawidłową.

**Oświadczam(-y), że:**

1. **nie stwierdzono wobec mnie niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;**
2. **korzystam z pełni praw publicznych i nie byłem\*/am\* karany\*/a\* za przestępstwo popełnione umyślnie (w tym przestępstwo skarbowe);**
3. **nie mam zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi;**
4. **podmiot, który reprezentuję jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym;**
5. **kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł;**
6. **wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;**
7. **zapoznałem się z ogłoszeniem o konkursie, ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2018 r., poz. 1492 t.j.) i rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 04 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz. U. 2016 r., poz. 1492);**
8. **spełniam warunki podmiotowe wskazane w art. 3 ust. 2 ustawy dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym;**
9. **w zakresie związanym z realizacją zadania publicznego, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych pobiorę stosowne oświadczenia o zgodzie na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych, od osób, których dotyczą te dane - zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).**

**Jestem świadomy\*/a\* odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

|  |
| --- |
| **PODPISY** |
| **DATA** |  |  |
| **Podpis osoby upoważnionej****lub podpisy osób upoważnionych****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 reprezentujących go;
2. Oświadczenia o kwalifikowalności VAT.