Załącznik nr 2

do Zarządzenia nr 1.2024

Kierownika GOPS w Parchowie

z dnia 28 marca 2043 r.

**OFERTA NA REALIZACJĘ ZADANIA**

O KTÓREJ MOWA W ART. 15 UST. 5 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2015 R.   
O ZDROWIU PUBLICZNYM

…………………………………………………………………………………………………

(rodzaj zadania zgodnie z ogłoszeniem konkursowym)

…………………………………………………………………………………………………

(tytuł zadania)

Termin realizacji

od …………………………… do …………………………

1. **Dane oferenta**
2. Nazwa oferenta, numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub innej ewidencji, adres siedziby oraz adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres siedziby, numer telefonu, adres poczty elektronicznej.

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentowania oferenta wobec organu administracji publicznej, wraz z przytoczeniem podstawy prawnej

(*należy określić, czy podstawą są zasady określone w statucie, pełnomocnictwo czy też inna podstawa)*

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwa, adres i dane kontaktowe podmiotu bezpośrednio wykonującego zadanie publiczne, o którym mowa w ofercie

*(należy wypełnić, jeżeli zadanie ma być realizowane przez oddział terenowy, placówkę lub inną jednostkę organizacyjną oferenta)*

|  |
| --- |
|  |

1. Osoba upoważniona do składania wyjaśnień dotyczących oferty i podejmowania decyzji wiążących w imieniu oferenta.

*(imię, nazwisko, numer telefonu kontaktowego, adres poczty elektronicznej)*

|  |
| --- |
|  |

1. **Opis potrzeb wskazujących celowość wykonania zadania**

|  |
| --- |
|  |

1. **Opis adresatów zadania oraz sposób rekrutacji do udziału w zadaniu**

|  |
| --- |
|  |

1. **Zakładane cele realizacji zadania**

|  |
| --- |
|  |

1. **Opis zakładanych rezultatów zadania**

|  |
| --- |
|  |

1. **Szczegółowy opis realizacji zadania**

*(opis musi być spójny z harmonogramem i kosztorysem oraz zawierać liczbowe określenie skali działań planowanych przy realizacji zadania, liczbę odbiorców)*

|  |
| --- |
|  |

1. **Termin i miejsce realizacji zadania**

|  |
| --- |
|  |

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

*(należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych działań)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa działania** | **Planowany termin realizacji** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Wysokość wnioskowanych środków**

|  |
| --- |
|  |

1. **Wysokość współfinansowania zadania, jeśli dotyczy**

|  |
| --- |
| Nie dotyczy. |

1. **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 wraz z zakresem ich obowiązków**

|  |
| --- |
|  |

1. **Wysokość środków przeznaczonych na realizację zadania. Kosztorys wykonania zadania.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztu**  *(należy uwzględnić wszystkie planowane koszty)* | **Ilość jednostek** | **Koszt jednostkowy**  **(zł)** | **Koszt całkowity**  **(zł)** |
| ***I. Koszty merytoryczne*** *(koszty bezpośrednio związane z celem realizowanego zadania)* | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ***II. Koszty administracyjne*** *(koszty związane z wykonywaniem działań o charakterze administracyjnym, nadzorczym i kontrolnym, w tym m.in. obsługa finansowa, koordynacja projektu)* | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Koszty całkowity realizacji zadania:** | | | |  |

1. **Inne informacje, które mogą mieć znaczenie przy ocenie oferty**

|  |
| --- |
|  |

Oświadczam(my), że

1. Oferent zapoznał się z treścią ogłoszenia konkursie na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego;
2. proponowane zadanie będzie realizowane wyłącznie w zakresie działalności prowadzonej przez Oferenta;
3. oferent składający niniejszą ofertę nie zalega\* / zalega\* z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych;
4. oferent składający niniejszą ofertę nie zalega\* / zalega\* z opłacaniem należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne;
5. wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
6. pobieranie świadczeń pieniężnych będzie się odbywać wyłącznie w ramach prowadzonej odpłatnej działalności oferenta;
7. w zakresie związanym z otwartym konkursem ofert, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych;

\*niepotrzebne skreślić

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

(podpisy wszystkich osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta oraz pieczęć podmiotu i data)

.

Wymagane załączniki:

1. Oświadczenie, że w stosunku do oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych,

2. Oświadczenie, że oferent jest jedynym posiadaczem rachunku bankowego, na który będą przekazywane środki publiczne i zobowiązuje się do jego utrzymania do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym,

3. Oświadczenie, że kwota przyznanych środków publicznych przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane   
z innych źródeł.

4.Oświadczenie osoby/osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oferenta.

5. Statut oferenta lub inny dokument określający przedmiot działalności oferenta.

6. Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub inny dokument potwierdzający status oferenta.

7.Dokumenty potwierdzające udzielenie pełnomocnictwa do reprezentowania oferenta jeśli było udzielone.

Załączniki do oferty realizacji zadania

**Załącznik 1.**

*.................................................. …………………………………………*

*(pieczęć oferenta) (miejscowość i data)*

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam/my, że w stosunku do ……………………………………... *(nazwa oferenta)* nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.

Jestem/jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………………………………………………………

*(podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych do reprezentowania oferenta)*

**Załącznik 2.**

*.................................................. …………………………………………*

*(pieczęć oferenta) (miejscowość i data)*

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam/my, że …………………………………… *(nazwa oferenta)* jest jedynym posiadaczem rachunku bankowego o nr: ……………………………………… prowadzonym w banku: …………………………………………………………, na który będą przekazywane środki publiczne i zobowiązuje/my się do jego utrzymania do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.

Jestem/jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………………………………………………………

*(podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych do reprezentowania oferenta)*

**Załącznik 3.**

*.................................................. …………………………………………*

*(pieczęć oferenta) (miejscowość i data)*

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam/my, że kwota przyznanych środków publicznych przeznaczona zostanie na realizację zadania …………………………………………………………………………...…*(nazwa zadania)* zgodnie z ofertą i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

Jestem/jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………………………………………………………

*(podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych do reprezentowania oferenta)*

**Załącznik 4.**

…………………………………………

*(miejscowość, data)*

**Oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe\***

Ja, ………………………………………………………….(*imię i nazwisko),* legitymująca się/legitymujący się dowodem osobistym seria ………. nr ……………………wydanym dnia ………………………………… przez ………………………… oświadczam, że nie byłem/am karany/a zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz że nie byłem/am karany/a za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……………….......………………………………

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

\*oświadczenie składa każda z osób upoważnionych do reprezentowania oferenta