

## Wzór formularza oferty

### Oferta

na realizację zadania w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na realizację zadania  
pn. Prowadzenie Punktu Konsultacyjnego dla osób uzależnionych i członków rodzin  
z problemem alkoholowym.

Informacje wypełniane przez Urząd Miasta i Gminy Września jako instytucję przyjmującą wniosek	
Data złożenia wniosku:	
Numer kancelaryjny wniosku:	

Informacje o ofercie	
Numer zadania konkursowego:	
Nazwa zadania konkursowego:	
Okres realizacji zadania: [od dd.mm.rrrr do dd.mm.rrrr]	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

Informacje o wnioskodawcy		
Pełna nazwa wnioskodawcy 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:		
REGON:		
<u>Adres siedziby</u> Ulica: Kod pocztowy: Gmina:	Nr budynku: Miejscowość: Powiat: Fax:	Nr lokalu: Poczta:

Telefon:		
<u>Adres do korespondencji</u>		
Adres e-mail:		
Adres strony www:		
Osoba/osoby upoważniona/e do podejmowania decyzji wiążących w imieniu wnioskodawcy:		
Osoba/osoby upoważniona/e do składania wyjaśnień dotyczących wniosku: [imię i nazwisko, nr telefonu, nr fax, e-mail]		

**I. Opis sposobu realizacji zadania (wraz z uzasadnieniem)**

.....  
.....  
.....

*[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]*

**II. Opis adresatów oferty (grup docelowych) realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego**

.....  
.....  
.....

*[w szczególności wskazanie adresatów prowadzonych działań, potrzeb i oczekiwań grupy docelowej, przewidywanej liczby osób/podmiotów objętych działaniami, sposobu i kryteriów rekrutacji – jeśli dotyczy]*

**III. Zakładane korzyści realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego**

.....  
.....  
.....

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

**IV. Opis sposobu ewaluacji zadania<sup>1</sup>**

.....  
.....  
.....

*[należy określić cel, plan i metody ewaluacji]*

**V. Harmonogram realizacji zadania**

.....

*(Wnioskodawca przedstawi harmonogram z uwzględnieniem etapów realizacji zadania, terminem i miejscem realizacji).*

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

1. Wysokość wnioskowanego dofinansowania: .....

---

1. Opis działań musi być spójny z preliminarem działań i kosztorysem

## 2. Preliminarz całkowitych kosztów realizacji zadania

Kalkulacja przewidywanych kosztów na rok .... (w przypadku zadania realizowanego w okresie dłuższym niż jeden rok budżetowy należy dodać tabele dla każdego roku odrębnie)											
kategoria	jednostka miary	liczba jednostek	cena jednostkowa	łącznie	wysokość środków ogółem na realizację zadania	kwota do pokrycia z dofinansowania	rodzaj wydatków ponoszonych z dofinansowania (dot. kol. 5)		wkład osobowy	wkład finansowy	kwota do pokrycia ze środków przeznaczonych na realizację zadania uzyskana od innych podmiotów
							bieżące	majątkowe			
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	
<b>Koszty merytoryczne</b>				<b>0,00 zł</b>	<b>0,00 zł</b>	<b>0,00 zł</b>	<b>0,00 zł</b>	<b>0,00 zł</b>			
<i>Działanie 1 ...</i>				<i>0,00 zł</i>	<i>0,00 zł</i>	<i>0,00 zł</i>	<i>0,00 zł</i>	<i>0,00 zł</i>			
...		0,00	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł			
...		0,00	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł			
<i>Działanie 2 ...</i>				<i>0,00 zł</i>	<i>0,00 zł</i>	<i>0,00 zł</i>	<i>0,00 zł</i>	<i>0,00 zł</i>			
...		0,00	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł			
...		0,00	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł			
<b>Koszty administracyjne</b>				<b>0,00 zł</b>	<b>0,00 zł</b>	<b>0,00 zł</b>	<b>0,00 zł</b>	<b>0,00 zł</b>			
...		0,00	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł			
...		0,00	0,00 zł	0,00 zł	<b>0,00 zł</b>	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł			
<b>Koszty administra-</b>				<b>...%</b>	<b>...%</b>	<b>...%</b>					

cyjne jako % kosztów wnioskowanego dofi- nansowania								
<b>RAZEM</b>		<b>0,00 zł</b>	<b>0,00 zł</b>	<b>0,00 zł</b>	<b>0,00 zł</b>			

3. Wskazanie podmiotów, od których uzyskano środki przeznaczone na realizację zadania wpisane w pkt. 2 kol. 10, a także określenie wysokości środków własnych

.....  
 .....

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

1. Doświadczenie wnioskodawcy w zakresie adekwatnym do treści zadania będącego 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 składany wniosek o dofinansowanie projektu (jeśli dotyczy)]*

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

<b>L.p.</b>	<b>imię i nazwisko</b>	<b>zakres obowiązków i sposób zaangażowania przy realizacji wniosku</b>	<b>kompetencje i doświadczenie w wykonywaniu zadań będących przedmiotem konkursu</b>

3. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych oferenta zapewniających wykonanie zadania

.....  
.....  
.....

### **Oświadczenia Wnioskodawcy**

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.
- 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 we wniosku oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
- 7) w zakresie związanym z konkursem, 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 Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady 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, DZ. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.) oraz wydanych na jego podstawie krajowych przepisach z zakresu ochrony danych w tym ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

- 8) zapoznałem / zapoznałam się z zasadami dotyczącymi zapewniania dostępności zadania osobom ze szczególnymi potrzebami – Ustawa z dnia 19 lipca 20219 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062);
- 9) zobowiązuję się do zapewnienia dostępności zadania osobom ze szczególnymi potrzebami w trakcie realizacji zadania.

data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego wniosek

Załączniki do oferty:

- 1) aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego wniosek i umocowanie osób go reprezentujących;
- 2) oświadczenia podane w pkt. VII Ogłoszenia o konkursie na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego (...).

Z up. Burmistrza  
Karol Nowak  
Z-ca Burmistrza