Załącznik nr 4 do uchwały Nr 2931/2018

Zarządu Powiatu w Poznaniu

z dnia 4 października 2018 r.

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

(pieczęć wnioskodawcy)

**OFERTA**

**REALIZACJI ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO**

**pn. „ZDROWY SENIOR – EDUKACJA I PROFILAKTYKA   
W ZAKRESIE CHORÓB OTĘPIENNYCH I INNYCH ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH” W 2018 R.**

**zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym   
(Dz. U. z 2018 r., poz. 1492 j.t.)**

1. **Podstawowe informacje:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje o ofercie:** | |
| Nazwa zadania z zakresu zdrowia publicznego: | **„Zdrowy Senior – edukacja i profilaktyka w zakresie chorób otępiennych i innych zaburzeń psychicznych” w 2018 r.** |
| Termin realizacji zadania: |  |
| Miejsce realizacji zadania: |  |

1. **Dane oferenta:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informacje o oferencie:** | | | | |
| Nazwa podmiotu składającego ofertę: |  | | | |
| Forma prawna: |  | | | |
| Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub  w innym rejestrzelub ewidencji: |  | | | |
| Nr NIP: |  | | | |
| Nr REGON: |  | | | |
|  | Miejscowość: |  | | |
| Adres: | Ulica: |  | | |
|  | Nr: |  | Kod pocztowy: |  |
| Adres do korespondencji: |  | | | |
| Nr tel.: |  | | | |
| e-mail: |  | | | |
| Adres strony www: |  | | | |
| Nazwa banku: |  | | | |
| Numer rachunku bankowego: |  | | | |
| Nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy: |  | | | |
| Osoba upoważniona do składania wyjaśnień  i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego oraz  e-mail): |  | | | |
| Przedmiot działalności statutowej |  | | | |

1. **Szczegółowy sposób realizacji zadania:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Szczegółowy sposób realizacji Zadania:** | |
| **Opis potrzeb wskazujących na celowość wykonania Zadania:**  (*w szczególności uzasadnienie realizacji zadania w oparciu o najnowsze dostępne dane/badania/analizy)* |  |
| **Cele realizacji Zadania:**  *(w kontekście zadania z zakresu zdrowia publicznego, cele powinny być możliwe do osiągnięcia, realne i mierzalne)* |  |
| **Charakterystyka zadania, w tym szczegółowy zakres rzeczowy zadania:** |  |
| **Sposób realizacji zadania ze wskazaniem przyjętych metod i rozwiązań:** |  |
| **Opis grup odbiorców do których Zadanie jest adresowane oraz ich liczebność*:*** |  |

1. **Zakładane rezultaty realizacji Zadania:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakładane rezultaty Zadania** | **Planowany poziom osiągnięcia rezultatów (jednostki pomiaru i wartość docelowa)** | **Sposób monitorowania rezultatów/źródło informacji  o osiągnięciu wskaźnika** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

1. **Harmonogram działań w zakresie realizacji Zadania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Poszczególne działania w zakresie realizowanego Zadania** | **Termin** | **Miejsce** | **Uwagi** |
| 1. **DZIAŁANIA MERYTORYCZNE:** | | | | |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| **B. DZIAŁANIA ADMINISTRACYJNE**: | | | | |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 1. **INNE DZIAŁANIA NIEZBĘDNE DLA PRAWIDŁOWEJ REALIZACJI ZADANIA:** | | | | |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

1. **Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie:**

|  |
| --- |
| **Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie:** |
|  |

1. **Informacja o działalności podmiotu składającego ofertę w zakresie zadań realizowanych   
   we współpracy z Powiatem Poznańskim:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacja o działalności podmiotu składającego ofertę w zakresie zadań realizowanych  we współpracy z Powiatem Poznańskim:** | |
| Doświadczenie oferenta ze wskazaniem zadań realizowanych we współpracy  z Powiatem Poznańskim |  |

1. **Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych oraz zasobach kadrowych i kompetencjach osób zapewniających wykonanie zadania, a także o zakresie obowiązków tych osób:**
2. **Zasoby rzeczowe przewidziane do realizacji zadania objętego konkursem:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zasoby rzeczowe przewidziane do realizacji zadania objętego konkursem:** | |
|  |  |
|  |  |

1. **Personel przewidziany do realizacji zadania objętego konkursem:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personel przewidziany do realizacji zadania objętego konkursem** | | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Posiadane kwalifikacje, wykształcenie,  i uprawnienia** | **Doświadczenie**  **w realizacji podobnych zadań objętych przedmiotem konkursu** (w tym liczba lat**,** zakres dotychczasowych działań) | **Zakres obowiązków  i sposób**  **zaangażowania przy realizacji**  **zadania objętego przedmiotem konkursu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Informacja o wysokości środków przeznaczonych na realizację Zadania oraz kosztorys wykonania Zadania, w szczególności uwzględniający koszty administracyjne.**
2. **Informacja o wysokości wnioskowanych środków:**

………………………………………………………………………………………….….……………………………………………………………

1. **Kosztorys wykonania Zadania, ze względu na rodzaj kosztów:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztów** | | | | **Jednostka miary** | **Liczba jednostek** | **Cena jednostkowa** | | **Koszt całkowity  (w zł)** | **Z tego ze środków otrzymanych  w ramach wnioskowanej dotacji  (w zł)** | **Z tego  w ramach środków własnych** |
| 1. **Koszty merytoryczne:** | | | | | | | | | | | |
| 1. | |  | | |  |  |  |  | |  |  |
| 2. | |  | | |  |  |  |  | |  |  |
| 1. **Koszty administracyjne** (Należy wpisać koszty obsługi zadania, które są związane z wykonywaniem działań  o charakterze administracyjnym, nadzorczym, kontrolnym, w tym z obsługą finansową i prawną projektu): | | | | | | | | | | | |
| 1. | | |  | |  |  |  |  | |  |  |
| 2. | | |  | |  |  |  |  | |  |  |
| 1. **Koszty inne niezbędna dla prawidłowej realizacji Zadania:** | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 2. | | | |  |  |  |  |  | |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | | | | |  | |  |  |

1. **Pozostałe informacje związane z realizacją Zadania:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **X. Pozostałe informacje**: | | Adnotacje urzędowe  (nie wypełniać) |
| **1. Organizacja i sposób przeprowadzenia Zadania w 2018 r. w zakresie:** | | |
| 1. warsztatów edukacyjno-profilaktycznych adresowanych do osób po 60 roku życia oraz ich opiekunów, |  |  |
| 1. działań informacyjno-promocyjnych dotyczących realizowanego Zadania. |  |  |

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Załączniki:**

1. **aktualny odpis** z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących *(załącznik nr 1 do formularza ofertowego)*;
2. **oświadczenie** potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych *(załącznik nr 2 do formularza ofertowego);*
3. **oświadczenie** osoby 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 *(załącznik nr 3 do formularza ofertowego);*
4. **oświadczenie**, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym *(załącznik nr 4 do formularza ofertowego);*
5. **oświadczenie** osoby upoważnionej do reprezentacji 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 *(załącznik nr 5 do formularza ofertowego)*;
6. **oświadczenie**, że wszystkie osoby zaangażowane w realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego pn. *„Zdrowy Senior – edukacja i profilaktyka w zakresie chorób otępiennych i innych zaburzeń psychicznych” w 2018 r.* posiadają kwalifikacje niezbędne do jego wykonania, zgodnie   
   z obowiązującymi przepisami prawa (*załącznik nr 6 do formularza ofertowego)*;
7. **zgoda** na przetwarzanie danych osobowych zawartych w *pkt. VIII. 2 Formularza ofertowego*złożonego w otwartym konkursie ofert, na potrzeby realizacji niniejszego Konkursu (*załącznik   
   nr 7 do formularza ofertowego).*

(pieczęć wnioskodawcy)

…………………………………………………………………………………………………...

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

Załącznik nr 2   
do formularza ofertowego

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………… | ……………………………………………... |
| Nazwa i adres oferenta | Miejscowość i data |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż w stosunku do ………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa podmiotu składającego ofertę)

nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………………………………………………………………………...

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

Załącznik nr 3   
do formularza ofertowego

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………… | …………………….. |
| Nazwa i adres oferenta | Miejscowość i data |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż nie byłem karany zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………………………………………………………………………...

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

Załącznik nr 4   
do formularza ofertowego

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………… | …………………….. |
| Nazwa i adres oferenta | Miejscowość i data |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż …………………………………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa podmiotu składającego ofertę)

jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuję się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym   
i rzeczowym.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………………………………………………………………………...

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

Załącznik nr 5   
do formularza ofertowego

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………… | …………………….. |
| Nazwa i adres oferenta | Miejscowość i data |

**OŚWIADCZENIE**

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

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………………………………………………………………………...

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

Załącznik nr 6

do *formularza ofertowego*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ….……………………………… | ………………………… |
|  | Miejscowość | Data |

**Oświadczenie oferenta**

Oświadczam, że wszystkie osoby zaangażowane w realizację **zadania z zakresu zdrowia publicznego**pn. ***„Zdrowy Senior – edukacja i profilaktyka w zakresie chorób otępiennych i innych zaburzeń psychicznych” w 2018 r.****,* wskazane w pkt. VIII.2 *Formularza ofertowego* stanowiącego *załącznik nr 4*   
do niniejszej Uchwały Zarządu Powiatu w Poznaniu, posiadają kwalifikacje niezbędne do jego wykonania, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

|  |  |
| --- | --- |
| ………….………………………………………… |  |
| pieczęć podmiotu składającego ofertę |  |
|  | …………………….……………………………………………………………………………… |
|  | podpis/y i pieczęć/cie imienna/e składającego/ych oświadczenie |

Załącznik nr 7

do *formularza ofertowego*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ….……………………………… | ………………………… |
|  | Miejscowość | Data |

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Działając w imieniu …………………………………………………………………………………………………………………………………..   
(nazwa oferenta)

będącego *Administratorem danych osobowych* zawartych w *pkt. VIII. 2 Formularza ofertowego*złożonego w otwartym konkursie ofert na powierzenie realizacji zadania z zakresu **zdrowia publicznego**pn. ***„Zdrowy Senior – edukacja i profilaktyka w zakresie chorób otępiennych i innych zaburzeń psychicznych” w 2018 r.,*** wyrażam zgodę na ich przetwarzanie przez Powiat Poznański na potrzeby realizacji niniejszego Konkursu.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………….……………………………………… |  |
| pieczęć podmiotu składającego ofertę |  |
|  | …………………….……………………………………………………………………………… |
|  | podpis/y i pieczęć/cie imienna/e składającego/ych oświadczenie |