Załącznik nr 3 do Uchwały Nr 95/2024

Zarządu Powiatu w Poznaniu

z dnia 20 czerwca 2024 r.

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

(pieczęć wnioskodawcy)

**OFERTA**

**REALIZACJI W 2024 R. ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO**

**PN. „*POROZMAWIAJMY*”**

**zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym   
(Dz. U. z 2022 r. poz. 1608 z zm.)**

1. **Podstawowe informacje:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Informacje o ofercie:** | |
| 1. | Nazwa zadania z zakresu zdrowia publicznego: | **„Porozmawiajmy”** |
| 2. | Planowany termin realizacji Zadania: |  |
| 3. | Miejsce realizacji Zadania: |  |

1. **Dane oferenta:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Informacje o oferencie:** | | | | | |
| 1. | Nazwa podmiotu składającego ofertę: |  | | | | |
| 2. | Forma prawna: |  | | | | |
| 3. | Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub  w innym rejestrzelub ewidencji: |  | | | | |
| 4. | Nr NIP: |  | | | | |
| 5. | Nr REGON: |  | | | | |
| 6. | Adres: | Miejscowość: |  | | | |
| Ulica: |  | | | |
| Nr: |  | | Kod pocztowy: |  |
| 7. | Adres do korespondencji: |  | | | | |
| 8. | Nr tel.: |  | | | | |
| 9. | e-mail: |  | | | | |
| 10. | Adres strony www: |  | | | | |
| 11. | Nazwa banku: |  | | | | |
| 12. | Numer rachunku bankowego: |  | | | | |
| 13. | Nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy: |  | | | | |
| 14. | Osoba upoważniona do składania wyjaśnień  i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego oraz  e-mail): |  | | | | |
| 15. | Koordynator realizacji Zadania: |  | | | | |
| 16. | Przedmiot działalności statutowej: |  | | | | |
| 17. | Jeżeli wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą: | Numer wpisu w rejestrze przedsiębiorców: | |  | | |
| Przedmiot działalności gospodarczej: | |  | | |

1. **Szczegółowy sposób realizacji Zadania:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Szczegółowy sposób realizacji Zadania:** | |
| 1. | **Cele realizacji Zadania:**  *(cele powinny być możliwe do osiągnięcia, realne i mierzalne)* |  |
| 2. | **Charakterystyka zadania, w tym szczegółowy zakres rzeczowy Zadania:** |  |
| 3. | **Sposób realizacji Zadania ze wskazaniem przyjętych metod i rozwiązań:** |  |
| 4. | **Opis grup odbiorców, do których adresowane są poszczególne elementy Zadania oraz ich planowana liczebność*:*** |  |

1. **Zakładane rezultaty realizacji Zadania, w tym planowana liczba warsztatów/szkoleń   
   dla nauczycieli/rodziców i opiekunów prawnych, czas ich trwania oraz planowany czas trwania szkolenia/konferencji dla pedagogów, psychologów oraz innych specjalistów z jednostek organizacyjnych powiatu poznańskiego\*:**

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Poszczególne działania w zakresie realizowanego Zadania** | **Planowany termin realizacji** | **Miejsce** | **Uwagi** |
| **1.** | **DZIAŁANIA MERYTORYCZNE I ORGANIZACYJNE:** | | | |
|  | **WARSZTATY DLA UCZNIÓW:** | | | |
| a. |  |  |  |  |
| b. |  |  |  |  |
|  | **WARSZTATY/SZKOLENIA DLA NAUCZYCIELI:** | | | |
| a. |  |  |  |  |
| b. |  |  |  |  |
|  | **WARSZTATY/SZKOLENIA DLA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH:** | | | |
| a. |  |  |  |  |
| b. |  |  |  |  |
|  | **SZKOLENIE/KONFERENCJA DLA PEDAGOGÓW, PSYCHOLOGÓW ORAZ INNYCH SPECJALISTÓW  Z JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH POWIATU POZNAŃSKIEGO:** | | | |
| a. |  |  |  |  |
| b. |  |  |  |  |
| **2.** | **DZIAŁANIA ADMINISTRACYJNE** (związane z wykonywaniem działań o charakterze administracyjnym, organizacyjnym, nadzorczym, kontrolnym, w tym z obsługą finansową i prawną projektu oraz koordynacją): | | | |
| A. |  |  |  |  |
| B. |  |  |  |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Rok/lata** | **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\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rok/lata** | **Informacja o działalności podmiotu składającego ofertę w zakresie zadań realizowanych  we współpracy z Powiatem Poznańskim:** |
|  |  |
|  |  |

1. **Informacja o zasobie kadrowym i kompetencjach osób zapewniających wykonanie Zadania wraz   
   z zakresem ich obowiązków w ramach Zadania objętego przedmiotem konkursu oraz posiadanych zasobach rzeczowych\*:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Kadra przewidziana do realizacji Zadania objętego konkursem:** | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje, w tym wykształcenie** | **Doświadczenie**  **w realizacji podobnych zadań objętych przedmiotem konkursu** (w tym liczba lat, zakres dotychczasowych działań) | **Zakres obowiązków  przy realizacji**  **Zadania objętego przedmiotem konkursu** |
| A. |  |  |  |  |
| B. |  |  |  |  |
| **2.** | **Zasoby rzeczowe przewidziane do realizacji Zadania objętego konkursem:** | | | |
| A. |  | | | |
| B. |  | | | |

1. **Informacja o wysokości środków przeznaczonych na realizację Zadania oraz kosztorys wykonania Zadania, uwzględniający koszty administracyjne.**
2. **Informacja o wysokości środków przeznaczonych na realizację Zadania: 100 000, 00 zł.**
3. **Wnioskowana przez Oferenta kwota dotacji na realizację zadania (nie więcej niż 100 000, 00 zł): ………………………. (słownie: ……………………………………………………………………………………………………….).**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Kosztorys wykonania Zadania, w tym koszty administracyjne:** | | | | | | |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztów** | **Jednostka miary** | **Liczba jednostek** | **Cena jednostkowa brutto** | **Koszt całkowity brutto (w zł)** | **Z tego ze środków otrzymanych  w ramach wnioskowanej dotacji  (w zł)** | **Z tego  w ramach środków własnych** |
| **3.1.** | **Koszty merytoryczne i organizacyjne:** | | | | | | |
|  | **Koszty związane z organizacją i przeprowadzeniem warsztatów dla uczniów:** | | | | | | |
| a. |  |  |  |  |  |  |  |
| b. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Koszty związane z organizacją i przeprowadzeniem warsztatów/szkoleń dla nauczycieli:** | | | | | | |
| a. |  |  |  |  |  |  |  |
| b. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Koszty związane z organizacją i przeprowadzeniem warsztatów/szkoleń dla rodziców/ opiekunów prawnych:** | | | | | | |
| a. |  |  |  |  |  |  |  |
| b. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Koszty związane z organizacją i przeprowadzeniem szkolenia/konferencji dla pedagogów, psychologów oraz innych specjalistów z jednostek organizacyjnych powiatu poznańskiego:** | | | | | | |
| a. |  |  |  |  |  |  |  |
| b. |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.2.** | **Koszty administracyjne (związane z wykonywaniem działań o charakterze administracyjnym, organizacyjnym, nadzorczym, kontrolnym, w tym z obsługą finansową i prawną oraz koordynacją zadania)** | | | | | | |
| A. |  |  |  |  |  |  |  |
| B. |  |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:** |
|  | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pozostałe informacje**: | |
| **1.** | **Organizacja i sposób realizacji Zadania w 2024 r. w zakresie:** | |
| A. | warsztatów obejmujących trening umiejętności społecznych adresowanych do uczniów |  |
| B. | warsztatów/szkoleń dla nauczycieli dotyczących profilaktyki problemów zdrowia psychicznego młodzieży oraz wsparcia zdrowia psychicznego nauczycieli |  |
| C. | warsztatów/szkoleń dla rodziców/opiekunów prawnych dotyczących profilaktyki problemów zdrowia psychicznego młodzieży oraz wsparcia zdrowia psychicznego rodziców/opiekunów prawnych młodzieży |  |
| D. | szkolenia/konferencji dla pedagogów, psychologów oraz innych specjalistów z jednostek organizacyjnych powiatu poznańskiego |  |
|  | **Inne informacje mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty:** | |
|  | | |

\*w miarę potrzeby możliwe jest dodanie kolejnych wierszy

**Uwaga: wszystkie białe pola w formularzu ofertowym powinny zostać uzupełnione (jeżeli dany punkt nie dotyczy oferenta lub ma wartość zerową należy wpisać odpowiednio *„nie dotyczy”* lub „*0”*).**

**Załączniki:**

1. **oświadczenie** oferenta w zakresie, o którym mowa w **art art. 15 ust. 6 pkt. 2, 4, 5**, w związku   
   z art. 17 ust. 4 **ustawy *z* dnia 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym*** (*załącznik nr 1 formularza ofertowego*),
2. **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 2 do formularza ofertowego),*
3. **oświadczenie oferenta**, **że zapoznał się i akceptuje treść ogłoszenia i projekt umowy o realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego w 2024 r**.**pn. „*Porozmawiajmy”*** *(załącznik   
   nr 3 do formularza ofertowego)*,
4. **oświadczenie oferenta dotyczące kadry zaangażowanej** do realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego w 2024 r. pn. *„Porozmawiajmy”* (*załącznik nr 4 do formularza ofertowego),*
5. **oświadczenie oferenta o zrealizowaniu obowiązku informacyjnego** w imieniu Zamawiającego (*załącznik nr 5 do formularza ofertowego),*
6. **aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne** dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących (*załącznik nr 6   
   do formularza ofertowego),*
7. **statut podmiotu**, o ile jest wymagany obowiązującymi przepisami prawa (*załącznik nr 7  
   do formularza ofertowego)*,
8. inne dokumenty mogące mieć wpływ na merytoryczną wartość składanej oferty (jeśli nie dotyczy należy wykreślić).

**Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w ofercie oraz załącznikach są zgodne  
z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.**

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………….  (pieczęć podmiotu składającego ofertę) | …………………………………………………….  (miejscowość i data) |
| …………………………………………………………………………………………………...  (pieczęć i podpis lub czytelny podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta) | |

Załącznik nr 1   
do formularza ofertowego

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

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

W związku z udziałem w konkursie ofert na powierzenie realizacji w 2024 r. zadania z zakresu zdrowia publicznego pn. *„Porozmawiajmy”*, na podstawie art. 15 ust. 6 pkt 2, 4, 5 w związku z art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r*. o zdrowiu publicznym*

oświadczam, iż:

1. w stosunku do …………………………………………………………………………………………………………\* nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
2. ………………………………………………………………………………......\* 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;
3. kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł;

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

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

(pieczęć i podpis lub czytelny podpis osoby upoważnionej  
lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

|  |  |
| --- | --- |
| ………….………………………………………… |  |
| pieczęć podmiotu składającego ofertę |  |
|  |  |

\*nazwa podmiotu składającego ofertę

Załącznik nr 2   
do formularza ofertowego

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………….. | ………………………………………………. |
| Imię i nazwisko osoby uprawnionej  do reprezentowania podmiotu  składającego ofertę | Miejscowość i data |

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, iż nie byłam karana/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 składającej oświadczenie)

\*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 3

do formularza ofertowego

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

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję treść:

ogłoszenia i projektu umowy o realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego w 2024 r.   
pn. „***Porozmawiajmy”***, stanowiące załączniki do uchwały 95/2024 Zarządu Powiatu w Poznaniu   
z dnia 20 czerwca 2024 r. o ogłoszeniu konkursu.

**Jednocześnie wyrażam zgodę na przystąpienie do konkursu.**

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

(pieczęć i podpis lub czytelny podpis osoby upoważnionej  
lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

|  |  |
| --- | --- |
| ………….………………………………………… |  |
| pieczęć podmiotu składającego ofertę |  |
|  |  |

Załącznik nr 4

do formularza ofertowego

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

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam *jako Organizator Zadania*, iż:

1. wszystkie osoby zaangażowane w realizację **zadania z zakresu zdrowia publicznego   
   w 2024 r. pn. *„Porozmawiajmy ”*** posiadają kwalifikacje i doświadczenie niezbędne do jego wykonania,
2. żadna z osób zaangażowanych w realizację **zadania z zakresu zdrowia publicznego w 2024 r.   
   pn**. ***„Porozmawiajmy ”****,* **nie figuruje w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym**,   
   nie została skazana prawomocnym wyrokiem za takie przestępstwo oraz nie jest prowadzone przeciwko niej postępowanie karne.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

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

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

(pieczęć i podpis lub czytelny podpis osoby upoważnionej  
lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

|  |  |
| --- | --- |
| ………….………………………………………… |  |
| pieczęć podmiotu składającego ofertę |  |
|  |  |

\*nazwa podmiotu składającego ofertę

Załącznik nr 5

do formularza ofertowego

|  |
| --- |
|  |

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

**OŚWIADCZENIE OFERENTA DOTYCZĄCE OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO**

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

będącego *Administratorem danych osobowych* osób wskazanych w pkt. VIII. 2 Formularza ofertowegozłożonego w otwartym konkursie ofert na powierzenie realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznegow 2024 r. pn. ***„Porozmawiajmy”,*** oświadczam, że wobec ww. osób, został spełniony obowiązek informacyjny Zamawiającego, określony w załączniku do ogłoszenia o konkursie, wynikający   
z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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. U. UE L 119 z 4.05,2016 r. ze zm.).*

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

(pieczęć i podpis lub czytelny podpis osoby upoważnionej  
lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

|  |  |
| --- | --- |
| ………….………………………………………… |  |
| pieczęć podmiotu składającego ofertę |  |
|  |  |