Załącznik nr 3 do uchwały Nr 463/2024

Zarządu Powiatu w Poznaniu

z dnia 20 listopada 2024 r.

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

(pieczęć wnioskodawcy)

**OFERTA**

**REALIZACJI W 2025 R. ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO**

**pn. „ZDROWY SENIOR”**

**zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym
(Dz. U. z 2024 r. poz. 1670)**

1. **Podstawowe informacje:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Informacje o ofercie:** |
| 1. | Nazwa zadania z zakresu zdrowia publicznego: | **„Zdrowy Senior”**  |
| 2. | 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: |  |
|  |  | Miejscowość: |  |
| 6. | Adres: | 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. | **Opis potrzeb wskazujących na celowość wykonania Zadania:**(*w szczególności uzasadnienie realizacji zadania w oparciu o najnowsze dostępne dane/badania/analizy)* |  |
| 2. | **Cele realizacji Zadania:***(cele powinny być możliwe do osiągnięcia, realne i mierzalne)* |  |
| 3. | **Charakterystyka Zadania, w tym szczegółowy zakres rzeczowy zadania,****organizacja i sposób realizacji Zadania ze wskazaniem przyjętych metod i rozwiązań w zakresie:** |  |
| 3.1. | warsztatów edukacyjno-profilaktycznych adresowanych do osób od 60 roku życia oraz ich opiekunów, |  |
| 3.2. | wsparcia psychologicznego dla osób od 60 roku życia, |  |
| 3.3. | działań informacyjno-promocyjnych dotyczących realizowanego Zadania, |  |
| 3.4 | dystrybucji broszury edukacyjnej, |  |
| 3.5. | opracowania, wydrukowania oraz dystrybucji ulotki informacyjnej. |  |
| 4. | **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** | **Planowany termin realizacja** | **Miejsce** | **Uwagi** |
| 1. **Działania merytoryczne:**
 |
| 1.1. |  |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |  |
| 1.3. |  |  |  |  |
| 1. **Działania administracyjne:**
 |
| 2.1. |  |  |  |  |
| 2.2. |  |  |  |  |
| 2.3. |  |  |  |  |
| 1. **Inne działania niezbędne dla prawidłowej realizacji zadania:**
 |
| 3.1. |  |  |  |  |
| 3.2. |  |  |  |  |
| 3.3. |  |  |  |  |

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 zasobach kadrowych i rzeczowych zapewniających wykonanie Zadania objętego przedmiotem konkursu\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Kadra przewidziana do realizacji Zadania objętego konkursem:** |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje, wykształcenie,****uprawnienia** | **Doświadczenie****w realizacji podobnych zadań objętych przedmiotem konkursu**(w tym liczba lat, zakres dotychczasowych działań) | **Zakres obowiązków przy realizacji** **Zadania objętego przedmiotem konkursu** |
| 1.1. |  |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |  |
| 1.3. |  |  |  |  |
| **2.** | **Zasoby rzeczowe przewidziane do realizacji Zadania objętego konkursem:** |
| 2.1. |  |
| 2.2. |  |
| 2.3. |  |

1. **Informacja o wysokości środków przeznaczonych na realizację Zadania oraz kosztorys wykonania Zadania, w szczególności uwzględniający koszty administracyjne.**
2. Informacja o wysokości środków przeznaczonych na realizację Zadania: **70 000,00 zł.**
3. Wnioskowana przez Oferenta kwota dotacji na realizację Zadania (nie więcej niż 70 000, 00 zł): ……………………….
4. **Kosztorys wykonania Zadania, w szczególności uwzględniający koszty administracyjne\*.**

**Uwaga! Nie należy uwzględniać finansowania Zadania ze środków własnych lub z innych źródeł.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztów** | **Jednostka miary** | **Liczba jednostek** | **Cena jednostkowa** | **Koszt całkowity w ramach wnioskowanej dotacji (w zł)** |
| **3.1. Koszty merytoryczne:** |
| **3.1.1. Koszty organizacji i przeprowadzenia warsztatów:** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| * + 1. **Koszty związane z udzielaniem porad psychologicznych:**
 |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| * + 1. **Koszty pozostałych działań merytorycznych:**
 |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| * 1. **Koszty administracyjne** (związane z wykonywaniem działań o charakterze administracyjnym, organizacyjnym, nadzorczym, kontrolnym, w tym z obsługą finansową i prawną projektu oraz koordynacją zadania):
 |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| * 1. **Koszty inne niezbędna dla prawidłowej realizacji Zadania:**
 |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** |  |

|  |
| --- |
| 1. **Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu.**
 |
|  |

1. **Pozostałe informacje mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty:**

|  |
| --- |
| **Pozostałe 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. 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 do 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 2025 r**.**pn. „*Zdrowy Senior”*** *(załącznik nr 3 do formularza ofertowego*),
4. **oświadczenie oferenta dotyczące kadry zaangażowanej** do realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego w 2025 r. pn. *„Zdrowy Senior”* (*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*,*
7. **statut podmiotu**, o ile jest wymagany obowiązującymi przepisami prawa.

**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 upoważnionejlub 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 2025 r. zadania z zakresu zdrowia publicznego pn. *„Zdrowy Senior”*, 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/a 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 2025 r. pn. „***Zdrowy Senior”***, stanowiące załączniki do Uchwały 463/2024 Zarządu Powiatu w Poznaniu z dnia 20 listopada 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, że wszystkie osoby zaangażowane w realizację **zadania z zakresu zdrowia publicznego**pn. ***„Zdrowy Senior”* w 2025 r*.****,* posiadają doświadczenie i kwalifikacje niezbędne do jego wykonania, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

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

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

|  |
| --- |
| …………………………………………….. |
| pieczęć oferenta firmowa |

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. 1 Formularza ofertowegozłożonego w otwartym konkursie ofert na powierzenie realizacji w 2025 r. zadania z zakresu zdrowia publicznegopn. ***„Zdrowy Senior”,*** 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. z 2016 r. Nr 119, 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 |  |
|  |  |