Załącznik Nr 1 do

data i miejsce złożenia oferty

………………………………………………………………………….data i pieczęć podmiotu

Ogłoszenia Konkursu Ofert

FORMULARZ OFERTY NA WYBÓR REALIZATORA

 ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

**realizowanego w ramach Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Dywity**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Oferenta |  |
| Nazwa własna zadania  |  |
| Termin realizacji zadania |  |
| Całkowity koszt zadania (w zł.) | **2022** | **2023** | **2024** | **CAŁKOWITY KOSZT ZADANIA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**CZĘŚĆ I – DANE NA TEMAT OFERENTA**

1. **PEŁNA NAZWA OFERENTA**

|  |
| --- |
|  |

1. **FORMA PRAWNA**

|  |
| --- |
|  |

1. **NUMER WPISU W KRAJOWYM REJESTRZE SĄDOWYM LUB INNYM REJESTRZE**

|  |
| --- |
| *Proszę podać nazwę rejestru i numer* |

1. **DATA WPISU, REJESTRACJI LUB UTWORZENIA**

|  |
| --- |
|  |

1. **NR NIP**

|  |
| --- |
|  |

1. **NR REGON**

|  |
| --- |
|  |

1. **DANE ADRESOWE SIEDZIBY OFERENTA**

|  |
| --- |
| Kod………………… Miejscowość…………………………… Ulica……………………………………………………….Gmina……………………………Powiat………………………………..Województwo………………………………..Telefon/Fax…………………………………………… e- mail……………………………………………………………….http://..................................................................................................................................... |

1. **ADRES DO KORESPONDENCJI**

|  |
| --- |
| Kod………………… Miejscowość…………………………… Ulica……………………………………………………….Gmina……………………………Powiat………………………………..Województwo………………………………..Telefon/Fax…………………………………………… e- mail………………………………………………………………. |

1. **OSOBY UPOWAŻNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………………………Funkcja……………………………………………………………………………………………………………………………….Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………………………Funkcja………………………………………………………………………………………………………………………………. |

1. **OSOBA UPOWAŻNIONA DO SKŁADNIA WYJAŚNIEŃ DOTYCZĄCYCH WNIOSKU**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………………………Funkcja……………………………………………………………………………………………………………………………….Numer telefonu……………………………….…..e-mail………………………………………..……………………….. |

1. **ZAKRES DZIAŁALNOŚCI STATUTOWEJ WNIOSKODAWCY**

|  |
| --- |
|  |

1. **PRZEDMIOT DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ WNIOSKODAWCY**

|  |
| --- |
|  |

1. **NAZWA BANKU I NUMER RACHUNKU BANKOWEGO**

|  |
| --- |
|  |

**CZĘŚĆ II – SZCZEGÓŁOWY ZAKRES RZECZOWY PROGRAMU WNIOSKOWANEGO DO DOFINANSOWANIA**

1. **NAZWA WŁASNA PROGRAMU**

|  |
| --- |
|  |

1. **TERMIN REALIZACJI PROGRAMU**

|  |
| --- |
|  |

1. **MIEJSCE REALIZACJI PROGRAMU**

|  |
| --- |
| *Należy wskazać miejsce/miejsca, gdzie będzie realizowane zadanie (rodzaj placówki, liczba placówek, adresy, wszelkie informacje identyfikujące miejsce realizacji). W przypadku planowanych konferencji/ szkoleń należy podać propozycję miejsc, w których zostaną przeprowadzone.* |

1. **KRÓTKA CHARKTERYSTYKA PROGRAMU**

|  |
| --- |
| *Należy przedstawić streszczenie programu. Opis powinien zawierać wszystkie ważne informacje na temat programu, m. in. Informację o celu, odbiorcach, działaniach i przewidywanych rezultatach. Opis powinien być zwięzły.*  |

1. **UZASADNIENIE POTRZEBY REALIZACJI PROGRAMU – OPIS PROBLEMU**

|  |
| --- |
| *Należy przedstawić diagnozę sytuacji i opisać problem, którego dotyczy realizacja zadania oraz potrzeby, które wskazują na konieczność jego realizacji. Dane zawarte w uzasadnieniu powinny koncentrować się głównie na analizie problemu, uwzględniającej zaplanowany zasięg programu i być poparte najnowszymi dostępnymi badaniami. Uzasadnienie potrzeby realizacji zadania powinno wynikać z analizy problemu.* ***UWAGA!*** *Brak odniesienia się do wymienionych rezultatów skutkować będzie obniżeniem punktacji ocenianego zakresu .* |

1. **GRUPA DOCELOWA PROGRAMU**

**UWAGA!** Należy określić liczbowo planowaną grupę odbiorców zadania. Liczba odbiorców powinna być adekwatna do zdefiniowanych celów programu i rozpoznanego problemu. Jej liczebność powinna być oszacowana rzetelnie i realna do osiągnięcia.

|  |
| --- |
| **Charakterystyka odbiorców w podziale na grupy** |
| **Nazwa odbiorcy programu** | **Liczba odbiorców** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **KRYTERIA UDZIAŁU**

|  |
| --- |
| *Należy tu określić kryteria, które musza spełnić potencjalni odbiorcy, aby zakwalifikować się do uczestnictwa w programie*  |

1. **SPOSÓB REKRUTACJI**

|  |
| --- |
| *Należy tu szczegółowo opisać w jaki sposób wnioskodawca planuje pozyskać beneficjentów do programu, jakie działania zostaną podjęte oraz w jakich lokalizacjach.* |

1. **MATERIAŁY INFORMACYJNO-EDUKACYJNE**

**UWAGA!** Należy wypełnić w przypadku zaplanowania w projekcie wydania materiałów informacyjno-edukacyjnych (ulotki, publikacje, plakaty, itp.).

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj planowanych do wydania materiałów** |  |
| **Planowany nakład materiałów**  |  |
| **Sposób dystrybucji materiałów**  |  |

1. **ZAKŁADANE CELE ZADANIA**

|  |
| --- |
| *Cele planowanego zadania powinny być zgodne z opisem problemu i odpowiednie do wskazanej grupy odbiorców. Powinny być także możliwe do osiągnięcia, realne i mierzalne.*  |

1. **OPIS DZIAŁAŃ KWALIFIKOWANYCH**

|  |
| --- |
| *Należy szczegółowo opisać wszystkie działania, które będą realizowane w ramach planowanego zadania. Działania powinny być adekwatne do liczebności i specyfiki grupy docelowej oraz zaplanowanych celów programu.**Opis poszczególnych działań musi być wyczerpujący i zawierać informację na temat odbiorców, długości i intensywności działań, powinien być spójny z przedstawionym harmonogramem, kosztorysem oraz wykazem realizatorów. (Szczegółowy opis wraz z uzasadnieniem potrzeby jego realizacji, liczebność oraz rodzaj grupy odbiorców działania, liczba jednostek zaplanowanych do realizacji , określenie częstotliwości i intensywności prowadzonych działań).*  |

1. **HARMONOGRAM REALIZACJI PROGRAMU Z PODZIAŁEM NA LATA**

*Harmonogram planowanych działań należy opisać w kolejności chronologicznej z określeniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia. Jako niewłaściwe będzie określenie terminu wszystkich działań od momentu rozpoczęcia do zakończenia realizacji zadania. Harmonogram powinien odpowiadać opisowi poszczególnych działań oraz kosztorysowi.*

|  |
| --- |
| **ROK 2022** |
| Zadanie realizowane w okresie od………………….. do…………………….…. |
| Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania | Terminy realizacji poszczególnych działań | Oferent lub inny podmiot odpowiedzialny za działanie w zakresie realizowanego zadania |
| Działania merytoryczne  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Działania administracyjne i obsługi zadania  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Inne działania, niezbędne do realizacji zadania  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ROK 2023** |
| Zadanie realizowane w okresie od………………….. do…………………….…. |
| Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania | Terminy realizacji poszczególnych działań | Oferent lub inny podmiot odpowiedzialny za działanie w zakresie realizowanego zadania |
| Działania merytoryczne  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Działania administracyjne i obsługi zadania  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Inne działania, niezbędne do realizacji zadania  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ROK 2024** |
| Zadanie realizowane w okresie od………………….. do…………………….…. |
| Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania | Terminy realizacji poszczególnych działań | Personel Oferenta lub inny podmiot odpowiedzialny za działanie w zakresie realizowanego zadania |
| **Działania merytoryczne**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Działania administracyjne i obsługi zadania**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Inne działania, niezbędne do realizacji zadania**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **SPODZIEWANE KORZYSCI I REZULTATY WYNIKAJĄCE Z REALIZACJI PROGRAMU**

|  |
| --- |
| *Należy opisać korzyści z realizacji zadania oraz przedstawić, w jakim stopniu realizacja zadania zmieni sytuację odbiorców, przyczyni się do rozwiązania problemu lub złagodzi jego skutki. Spodziewane korzyści powinny być adekwatne do celu i założeń, a także realne do osiągnięcia i określone liczbowo.* |

1. **MONITOROWANIE I EWALUACJA PROGRAMU**

|  |
| --- |
| *Należy określić cel, plan i metody monitorowania i/lub ewaluacji. Wskazane jest dołączenie do dokumentacji programu narzędzi ewaluacyjnych.* *Prowadzenie dokumentacji pacjentów, listy obecności oraz ocena realizatorów nie będzie traktowane jako ewaluacja.* *Oferent będzie zobowiązany do przedłożenia szczegółowego raportu ewaluacyjnego po zakończeniu programu.*  |

1. **INNE INFORMACJE**

|  |
| --- |
| *Należy podać inne ważne informacje istotne z punktu widzenia realizowanego zadnia, nie ujęte we wniosku.*  |

**CZĘŚĆ III – KOSZTORYS REALIZACJI ZADANIA**

1. **KOSZTORYS REALIZACJI ZADANIA Z PODZIAŁEM NA POSZCZEGÓLNE LATA REALIZACJI PROGRAMU**

*Należy określić poszczególne kategorie wydatków, przy czym każdy planowany wydatek ujęty w poniższej tabeli musi mieć odzwierciedlenie w opisie poszczególnych działań ( część II, pkt 11 ) oraz harmonogramie (część II pkt 12).*

|  |
| --- |
| **ROK 2022** |
| Lp. | Rodzaj kosztów – koszty merytoryczne , administracyjne, rzeczowe  | Ilość jedn.  | Koszt jedn.  | Rodzaj miary  | Koszt całkowity w zł  |
| M | KOSZTY MERYTORYCZNE  | ………………zł |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| A | KOSZTY ADMINISTRACYJNE I OBSŁUGI REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO  | ………………zł |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| D | INNE KOSZTY, NIEZBĘDNE DO REALIZACJI ZADANIA, W TYM KOSZTY WYPOSAŻENIA I PROMOCJI  | ………………zł |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
|  | OGÓŁEM: |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ROK 2023** |
| Lp. | Rodzaj kosztów – koszty merytoryczne , administracyjne, rzeczowe  | Ilość jedn.  | Koszt jedn.  | Rodzaj miary  | Koszt całkowity w zł  |
| M | KOSZTY MERYTORYCZNE  | ………………zł |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| A | KOSZTY ADMINISTRACYJNE I OBSŁUGI REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO  | ………………zł |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| D | INNE KOSZTY, NIEZBĘDNE DO REALIZACJI ZADANIA, W TYM KOSZTY WYPOSAŻENIA I PROMOCJI  | ………………zł |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
|  | OGÓŁEM: |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ROK 2024** |
| Lp. | Rodzaj kosztów – koszty merytoryczne , administracyjne, rzeczowe  | Ilość jedn.  | Koszt jedn.  | Rodzaj miary  | Koszt całkowity w zł  |
| M | KOSZTY MERYTORYCZNE  | ………………zł |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| A | KOSZTY ADMINISTRACYJNE I OBSŁUGI REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO  | ………………zł |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| D | INNE KOSZTY, NIEZBĘDNE DO REALIZACJI ZADANIA, W TYM KOSZTY WYPOSAŻENIA I PROMOCJI  | ………………zł |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
|  | OGÓŁEM: |  |  |  |  |

1. **EWENTUALNE DODATKOWE INFORMACJE DO KOSZTORYSU**

|  |
| --- |
|  |

**CZĘŚĆ IV – ZASOBY KONIECZNE DO REALIZACJI PROGRAMU**

1. **SZCZEGÓŁOWY OPIS POSIADANYCH ZASOBÓW RZECZOWYCH WYKORZYSTYWANYCH DO REALIZACJI PROGRAMU**

|  |
| --- |
| *Należy szczegółowo określić zasoby rzeczowe Oferenta przewidywane do wykorzystania przy realizacji zadania, w tym lokal, sprzęt, materiały, inne zasoby.****UWAGA!*** *Brak wykazanych rzeczowych lub nieadekwatność w stosunku do planowanego programu skutkuje obniżeniem lub nieprzyznaniem punktów w tej kategorii.*  |

1. **INFORMACJA O ZASOBACH KADROWYCH PRZEWIDYWANYCH DO WYBORU PRZY REALIZACJI ZADAŃ PROGRAMU WRAZ Z INFORMACJAMI NA TEMAT ICH KWALIFIKACJI ORAZ WSKAZANIEM RODZAJU WYKONYWANYCH DZIAŁAŃ W PROGRAMIE**

*Należy podać wszystkich realizatorów, których wynagrodzenia będą pokrywane w ramach projektu.
W przypadku przyjęcia wniosku do realizacji zmiany realizatorów mogą być dokonywane wyłącznie
po pisemnym zgłoszeniu dokonanych zmian i uzyskaniu akceptacji tej zmiany. Zamiana dotychczasowego realizatora może nastąpić wyłącznie na osobę posiadającą zbliżone kwalifikacje.*

*W przypadku zatrudnienia realizatora w formie etatu lub jego części należy określić godzinowy zakres etatu oraz wskazać rodzaj działań podejmowanych w jego zakresie.*

***UWAGA!*** *Wykazanie kwalifikacji realizatorów nieadekwatnych do przedmiotu zadania skutkuje nieprzyznaniem punktów w tej kategorii.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  **ZASOBY KADROWE** *wymienić z nazwy jaki specjalista np.; dietetyk, psycholog* | **WYKSZTAŁCENIE***(podać czy wyższe, kierunek/ w trakcie studiów , kierunek/ średnie, zrealizowane szkolenia, dodatkowe certyfikaty*  | **DZIAŁANIA PRZYDZIELONE DO REALIZACJI W RAMACH PROGRAMU** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |

1. **DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIE OFERENTA W REALIZACJI PROGRAMÓW O PODOBNYM CHARAKTERZE**

|  |
| --- |
| *Należy podać informację, czy Oferent posiada doświadczenie w zakresie wykonywania programów o podobnym charakterze.* *Należy krótko opisać rodzaj, skalę i wartość zadań podobnego rodzaju realizowanych w ciągu ostatnich 2 lat.* |
| Lp. | Rok i miesiąc realizacji  | Nazwa programu  |  Krótki opis programu  |
| 1. |  |  |  |

**CZĘŚĆ V – OŚWIADCZENIA OFERENTA**

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

(podać nazwę i adres Oferenta)

**Niżej podpisany/a, posiadający/a prawo do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy oświadczam, że:**

1. w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
2. jestem uprawniona/y do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
3. 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;
4. otrzymana kwota środków zostanie przeznaczona na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

**Niżej podpisany/a, posiadający/a prawo do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy oświadczam, że ww. oferent**:

1. Zapoznał się z ogłoszeniem o konkursie ofert.

2. Zapoznał się z ustawą z dnia 03 grudnia 2015 roku o zdrowiu publicznym (tj. Dz. U. z 2021 roku poz. 1956) i ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285), Uchwały nr XXXV/331/22 Rady Gminy Dywity z dnia 31 marca 2022 r., w sprawie przyjęcia Programu Polityki Zdrowotnej Gminy Dywity na lata 2022-2024 pn.: „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych na terenie Gminy Dywity

3. Spełnia warunki podmiotowe wskazane w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (tj. Dz. U. z 2018 roku poz. 1492).

4. Nie zalega z płatnościami na ubezpieczenie społeczne.

5. Nie zalega z podatkami skarbowymi.

6. Jest zdolny do terminowej spłaty ciążących na nim zobowiązań.

7.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.

8.Otrzymane w okresie ostatnich 2 lat na dotacje realizację zadań publicznych zostały/nie zostały\* wykorzystane zgodnie/ niezgodnie z przeznaczeniem oraz rozliczone/nie rozliczone\* rzetelnie i w przyznanej wysokości, w terminach określonych w zawartych umowach.

***(W przypadku wystąpienia, w ciągu ostatnich 2 lat, okoliczności, o których mowa w art. 169 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885 z późn. zm.), podmiot ubiegający się o dotację winien przedstawić szczegółowe wyjaśnienie okoliczności sprawy wraz z niezbędnymi dokumentami. Kopie załączonych dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem).***

**Jednocześnie oświadczam/my, że:**

1. W zakresie związanym z konkursem, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których te dane dotyczą, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).
2. Dane określone w części I niniejszego formularza są zgodne z Krajowym Rejestrem Sądowym/właściwą ewidencją\*.
3. Proponowane zadania w całości mieszczą się w zakresie celów statutowych lub przedmiotu działalności Oferenta.
4. Wszystkie podane we wniosku oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym i nie naruszają praw osób trzecich.
5. Najniższe wynagrodzenie realizatorów zadań będzie minimalnym, gwarantowanym prawem, wynagrodzeniem.
6. Nie będą pobierane żadne dobrowolne wpłaty i odpłatności od uczestników zadania.
7. **Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. *(****Klauzula zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 17 ust. 4 ustawy o zdrowiu publicznym))*

Osoby składające oświadczenie Podpis/y składających oświadczenie

1. ………………………………………………………… ………………………………………………….
2. ………………………………………………………… ………………………………………………….
3. ………………………………………………………… ………………………………………………….

\*niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż nie byłam/em karana/y zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środków publicznych oraz nie byłam/em skazana/y za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

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

*(Klauzula zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 17 ust. 4 ustawy o zdrowiu publicznym))*

 ……………………………………………………………

Data, pieczęć i podpis osoby/ osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta

*Oświadczenie są zobowiązane podpisać wszystkie osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w sprawach majątkowych w imieniu oferenta lub ustanowionego pełnomocnika zgodnie z zapisami wynikającymi z dokumentu określającego osobowość prawną.*