Załącznik Nr 4

do Zarządzenia Nr 594/2021

Prezydenta Miasta Świnoujście

z dnia 2021 r.

*WZÓR*

OFERTA REALIZACJI ZADAŃ Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO,

O KTÓRYCH MOWA W ART. 2 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2015 R. O  ZDROWIU PUBLICZNYM (DZ. U. z 2021 R. POZ. 183 z późn. zm.)

**I. Podstawowe informacje o złożonej ofercie**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Organ administracji publicznej,**  **do którego jest adresowana oferta** |  | | | |
| **2. Nazwa zadania publicznego** |  | | | |
| **3. Termin realizacji zadania publicznego** | Data rozpoczęcia |  | Data  Zakończenia |  |

**II. Dane oferenta**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nazwa oferenta, numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub innej ewidencji, adres, numer konta bankowego, REGON, NIP** | |
|  | |
| **2. Inne dodatkowe dane kontaktowe, w tym dane osób upoważnionych do składania wyjaśnień dotyczących oferty** (np. numer telefonu, adres poczty elektronicznej, numer faksu) |  |
| **3. Nazwa, adres i dane kontaktowe jednostki organizacyjnej bezpośrednio wykonującej zadanie publiczne, o którym mowa   w ofercie**(należy wypełnić, jeżeli zadanie ma być realizowane przez oddział terenowy, placówkę lub inną jednostkę organizacyjną oferenta) | |
|  | |
| **4. Przedmiot działalności/cele statutowe:** | |
|  | |

**III. Informacja o sposobie reprezentacji oferenta wobec organu administracji publicznej,   
w tym imiona i nazwiska osób upoważnionych do reprezentowania** **oferenta wobec organu administracji publicznej, wraz z przytoczeniem podstawy prawnej**.**.** Należy określić, czy podstawą są zasady określone w statucie, pełnomocnictwo czy też inna podstawa.

|  |
| --- |
|  |

**IV. Szczegółowy sposób realizacji zadania oraz kalkulacja przewidywanych kosztów zadania publicznego**

|  |
| --- |
| **1. Streszczenie zadania publicznego wraz ze wskazaniem miejsca jego realizacji** |
|  |

|  |
| --- |
| **2. Uzasadnienie potrzeby dofinansowania inwestycji związanych z realizacją zadania publicznego, w szczególności ze wskazaniem, w jaki sposób przyczyni się to do podwyższenia standardu realizacji zadania**Wypełnić tylko w przypadku ubiegania się o dofinansowanie inwestycji. |
|  |

|  |
| --- |
| **3. Zakładany(-ne) cel(e) i rezultaty realizacji zadania publicznego.** |
|  |

|  |
| --- |
| **4. Opis poszczególnych działań w zakresie realizacji zadania publicznego** (opis musi być spójny z harmonogramem; ponadto opis powinien zawierać liczbowe określenie skali działań planowanych przy realizacji zadania publicznego, np. liczbę świadczeń udzielanych tygodniowo, miesięcznie, liczbę odbiorców; przy opisie działania oferent może dokonać analizy wystąpienia ryzyka  w trakcie realizacji zadania publicznego) |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5. Harmonogram działań na rok ……………….**  (należy podać terminy poszczególnych działań; w przypadku większej liczby działań istnieje możliwość dodania kolejnych wierszy; w przypadku zadania realizowanego w okresie dłuższym niż jeden rok budżetowy należy dołączyć załącznik nr 1 do oferty dla każdego roku odrębnie) | | |
|  | **Nazwa działania** | **Planowany termin realizacji** |
| **Lp.** |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kategoria**  **kosztu** | **Rodzaj kosztów**  (należy uwzględnić wszystkie planowane koszty, w szczególności zakupu usług, zakupu rzeczy, wynagrodzeń) | | **Liczba jednostek** | **Koszt**  **jednostkowy**  **(w zł)** | **Rodzaj**  **miary** | **Koszt**  **całkowity**  **(w zł)** | **Koszt wnioskowanych**  **środków publicznych**  **(w zł)** | **Koszt środków finansowych własnych**  **(w zł)** | **Koszt wkładu osobowego**[[1]](#footnote-1))  **(w zł)** |
| **I** | Nr  poz. | Koszty merytoryczne  ………………………………………. :  *(nazwa oferenta)* |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II** | Nr  poz. | Koszty administracyjne  ………………………………………. :  *(nazwa oferenta)* |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **III** | Ogółem | | | | |  |  |  |  |

**6. Kalkulacja kosztów**

|  |
| --- |
| **7. Uwagi do kosztorysu** |
|  |

|  |
| --- |
| **8. Zasoby rzeczowe, kadrowe i kompetencje osób zapewniających wykonanie zadania oraz zakres obowiązków tych osób.** |
|  |

|  |
| --- |
| **9. Informacje o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert** |
|  |

Oświadczam, że:

1) wszystkie informacje podane w ofercie oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym   
i faktycznym;

2) wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o środki publiczne w ramach niniejszego konkursu ofert na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego.

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

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

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

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy

osób upoważnionych do składania oświadczeń

woli w imieniu oferentów)

Data ...................................

**Załączniki do oferty :**

1. **Oświadczenie** potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
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.
3. **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 i prowadzona przez podmiot działalność umożliwia realizację zadania ogłoszonego w konkursie.
4. **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.
5. Aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących.
6. **Oświadczenie**, że podmiot składający ofertę poinformował osoby realizujące zadanie wskazane w ofercie o przekazaniu ich danych osobowych do Urzędu Miasta Świnoujście oraz zapoznał ich z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

\*rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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, str. 1).

**Załącznik nr 1 do oferty**

………………………….

miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE**

Potwierdzam, że w stosunku do ……………………………………………………………

(nazwa podmiotu)

nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.

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

…………........................…………………….

(podpis osoby upoważnionej

do składania oferty)

**Załącznik nr 2 do oferty**

………………………….

miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE**

Ja…………………………………………………………, niniejszym oświadczam, że nie byłam/-łem

(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania)

karana/-y zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi, o którym

mowa w art. 31 ust. 1 pkt 4 ustawy z 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 289) oraz nie byłam/-łem karana/-y za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

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

…………........................…………………….

(podpis osoby upoważnionej

do składania oferty)

**Załącznik nr 3 do oferty**

………………………….

miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że podmiot - …………………………………………………… jest jedynym

(nazwa )

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

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

Oświadczam, że prowadzona przez podmiot - ……………………………………………………

(nazwa)

działalność umożliwia realizację zadania ogłoszonego w niniejszym konkursie.

…………........................…………………….

(podpis osoby upoważnionej

do składania oferty)

**Załącznik nr 4 do oferty**

………………………….

miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że kwota środków przeznaczona zostanie 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

do składania oferty)

**Załącznik nr 5 do oferty**

………………………….

miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że osoby wskazane w ofercie do realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego zostały poinformowane o przekazaniu ich danych do Urzędu Miasta Świnoujście oraz zapoznane z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

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

…………........................…………………….

(podpis osoby upoważnionej

do składania oferty)

1. ) Wkładem osobowym są praca społeczna członków i świadczenia wolontariuszy planowane do zaangażowania w realizację zadania publicznego. [↑](#footnote-ref-1)