Załącznik Nr 4

do Zarządzenia Nr 615 /2022

Prezydenta Miasta Świnoujście

z dnia 21 listopada 2022 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 2022 r. poz. 1608 ze 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 |  |
| **4. Kwota wnioskowanych środków publicznych**  |  |
| **Cel operacyjny NPZ** | ZINTEGROWANE PRZECIWDZIŁANIE UZALEŻNIENIOM  |

**II. Dane oferenta**

|  |
| --- |
| **1. Nazwa oferenta, adres, numer telefonu, adres email, REGON, NIP, numer konta bankowego** |
|  |
| **2. Dane osób upoważnionych do składania wyjaśnień dotyczących oferty**  |  |
| **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. Forma prawna**  |
|  |
| **5.Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym, numer wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub w innym rejestrze lub ewidencji.**  **Data wpisu rejestracji lub utworzenia.** |
|  |
| **6. Zakres działalności statutowej**  |
|  |
| **7. Przedmiot działalności gospodarczej** |
|  |

**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. Sposób realizacji zadania oraz kalkulacja przewidywanych kosztów zadania publicznego**

|  |
| --- |
| **1. Miejsca i termin realizacji zadania**  |
|  |

|  |
| --- |
| **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), rezultaty realizacji zadania** (cele powinny być możliwe do osiągnięcia, realne i mierzalne konieczne jest określenie celu w odniesieniu do przedkładanej oferty) |
| Cel (e): |
| Rezultaty:  |

|  |
| --- |
| **4. Charakterystyka realizacji zadania publicznego** (miejsce, adresat, opis musi być spójny z harmonogramem; ponadto powinien zawierać liczbowe określenie skali działań planowanych przy realizacji zadania publicznego, np. liczbę świadczeń udzielanych tygodniowo, miesięcznie, liczbę odbiorców)  |
|  |

|  |
| --- |
| **5. Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania 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 do oferty harmonogram dla każdego roku odrębnie) |
|  | **Nazwa działania** | **Planowany termin realizacji** | **Podmiot odpowiedzialny** |
| **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, z innych źródeł****(w zł)** |  **Koszt wkładu osobowego**[[1]](#footnote-1)) **(w zł)** |
| **I** |  Nrpoz. | Koszty merytoryczne ………………………………………. *(nazwa oferenta)* |   |   |   |  |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II** | Nrpoz. | Koszty administracyjne………………………………………. : *(nazwa oferenta)* |   |   |   |  |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |   |   |  |   |   |   |
| **III** | Ogółem |  |  |  |  |

**6.Kosztorys na rok ……(**w przypadku zadania realizowanego w okresie dłuższym niż jeden rok budżetowy należy dołączyć do oferty kalkulację dla każdego roku osobno)

**7. Przewidywane źródła finansowania zadania w zakresie zdrowia publicznego na rok**

**(**w przypadku zadania realizowanego w okresie dłuższym niż jeden rok budżetowy należy dołączyć do oferty przewidywane źródła finansowania dla każdego roku osobno)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Wnioskowana wysokość środków publicznych | ........... zł | .......... % |
| 2. | Środki finansowe własne Oferenta  | ........... zł | .......... % |
| 3. | Środki finansowe pozyskane z innych źródeł (w szczególności: dotacje z budżetu państwa, funduszy celowych, środki z funduszy strukturalnych) | ........... zł | .......... % |
| 4. | Wkład osobowy (w tym świadczenia wolontariuszy i praca społeczna członków) | ........... zł | .......... % |
| 5. | Ogółem (środki wymienione w pkt 1—4) | ........... zł | 100 % |

|  |
| --- |
| **8.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.
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. **Oświadczenie**, że podmiot składający ofertę poinformował osoby wchodzące w skład kadry wskazanej w ofercie o przekazaniu ich danych osobowych do Urzędu Miasta Świnoujście oraz zapoznał ich z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych Urzędu Miasta Świnoujście (dostępna na: www.bip.um.swinoujscie.pl).
6. Aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących.

\*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”.*

Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań – podstawa art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2015r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2022r. poz. 1608 ze zm.).

…………........................…………………….

(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”.*

Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań – podstawa art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2015r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2022r. poz. 1608 ze zm.).

…………........................…………………….

(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”.*

Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań – podstawa art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2015r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2022r. poz. 1608 ze zm.).

…………........................…………………….

(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”.*

Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań – podstawa art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2015r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2022r. poz. 1608 ze zm.).

…………........................…………………….

(podpis osoby upoważnionej

do składania oferty)

**Załącznik nr 5 do oferty**

 ………………………….

 miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że osoby wchodzące w skład kadry wskazanej w ofercie zostały poinformowane o przekazaniu ich danych osobowych do Urzędu Miasta Świnoujście oraz zapoznane z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych Urzędu Miasta Świnoujście.

…………........................…………………….

(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)