Załącznik Nr 4

do Zarządzenia Nr 147/2024

Prezydenta Miasta Świnoujście

z dnia 27 lutego2024 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 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 siedziby lub adres do korespondencji**  |
|  |
| **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 terminu i miejsca jego realizacji**  |
|  |

|  |
| --- |
| **2. Uzasadnienie potrzeby dofinansowania z dotacji 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) realizacji zadania publicznego** |
|  |

|  |
| --- |
| **4. Opis zakładanych rezultatów realizacji zadania publicznego** (należy opisać co będzie bezpośrednim rezultatem zadania publicznego oraz w jakim stopniu realizacja zadania przyczyni się do osiągnięcia jego celu) |
|  |

|  |
| --- |
| **5. 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) |
|  |

|  |
| --- |
| **6. 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 % |

|  |
| --- |
| **7. Harmonogram działań na rok 2024** (należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia 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)** | **z wnioskowanej****dotacji** **(w zł)** | **ze środków finansowych własnych****(w zł)** |  **z wkładu osobowego**[[1]](#footnote-1)) **(w zł)** |
| **I** |  Nrpoz. | Koszty merytoryczne ………………………………………. :*(nazwa oferenta)* |   |   |   |  |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II** | Nrpoz. | Koszty administracyjne………………………………………. : *(nazwa oferenta)* |   |   |   |  |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |   |   |  |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **III** | Ogółem |  |  |  |  |

**8. Kalkulacja przewidywanych kosztów zadania publicznego**

|  |
| --- |
| **9. Zasoby rzeczowe, kadrowe i kompetencje osób zapewniających wykonanie zadania oraz zakres obowiązków tych osób.**  |
|  |

|  |
| --- |
| **10. Informacje o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert** |
|  |

|  |
| --- |
| **11. Informacje o sposobie zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami wynikającymi z art. 4 ust. 3 i ust. 4 oraz art. 5 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2022 r. poz. 2240).** |
|  |

Oświadczam, że:

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

2) w zakresie związanym z otwartym konkursem ofert, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem
i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r.
o ochronie danych osobowych (t.j.Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

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

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

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

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy

osób upoważnionych do składania oświadczeń

woli w imieniu oferentów)

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

.**Załączniki do oferty :**

1. Aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących.
2. Oświadczenia oferenta -- załączniki nr 1, 2, 3, 4 do oferty,

.**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. Wydruk lub kopię aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru, ewidencj lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę
i umocowanie osób go reprezentujących.
7. Kserokopie polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego, że Oferent na dzień złożenia oferty jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności.
8. Wykaz kadry delegowanej do realizacji Projektu.
9. Wykaz gabinetów, sal, oraz wyposażenia, w szczególności aparatury leczniczej
i diagnostycznej itp. jaka będzie wykorzystywana w realizacji Projektu.

\*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 2024 r., poz. 104) 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)

**Załącznik nr 8 do oferty**

 ………………………….

 miejscowość, data

**Wykaz kadry delegowanej do realizacji Projektu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Kadra (proszę o wypisanie personelu poprzez który będzie realizowane zadanie) | Liczba osób zatrudnionych na danym stanowisku  |
|  |  |  |

…………........................…………………….

(podpis osoby upoważnionej

do składania oferty)

**Załącznik nr 9 do oferty**

 ………………………….

 miejscowość, data

**Wykaz gabinetów, sal, jakie będą wykorzystywane w realizacji Projektu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Wykaz sal, gabinetów**  | **Ilość**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Wykaz wyposażenia, w szczególności aparatury leczniczej
i diagnostycznej itp. jaka będzie wykorzystywana w realizacji Projektu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Wykaz wyposażenia i aparatury leczniczej i diagnostycznej**  | **Ilość**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

…………........................…………………….

(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)