**OFERTA NA REALIZACJĘ ZADAŃ PUBLICZNYCH Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO składana zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym
(Dz. U. z 2018 r. poz. 1492)
NARODOWY PROGRAM ZDROWIA 2016-2020**

*........................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionych*

 *do reprezentacji Oferenta)*

*................................................................*

*(miejscowość i data)*

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA PRZYJMUJĄCY OFERTĘ:** |
| Data wpływu oferty: |  |
| Numer oferty: |  |
| **DANE OFERENTA** |
| Pełna nazwa Oferenta zgodnaz właściwym rejestrem lub dokumentem założycielskim: |  |
| Forma prawna: |  |
| Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym, w innym rejestrze lub ewidencji: |  |
| Data wpisu, rejestracji lub utworzenia: |  |
| Przedmiot działalności statutowej: |  |
| Numer wpisu w rejestrze przedsiębiorców oraz przedmiot działalności gospodarczej – jeżeli Oferent prowadzi działalność gospodarczą: |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| Adres siedziby (miejscowość, ulica, nr budynku, kod pocztowy): |  |
| Adres do korespondencji (wypełnić jeśli jest inny niż adres siedziby): |  |
| Numer telefonu: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres strony www: |  |
| Nazwa banku: |  |
| Numer rachunku bankowego: |  |
| Nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisania umowy oraz podejmowania innych wiążących decyzji w imieniu Oferenta: |  |
| Nazwiska, imiona oraz numery telefonów kontaktowych osób upoważnionych do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących wniosku: |  |
| **INFORMACJE O OFERCIE** |
| **I.**Wybór zadania do realizacji **( zaznaczyć właściwe x):** |
| **ZADANIE NR 1** | ***Promocja i ochrona zdrowego stylu życiaw zakresie odżywiania i aktywności fizycznej oraz edukacja w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej.*** |  |
| **ZADANIE NR 2** | ***Edukacja i profilaktyka w zakresie uzależnień.*** |  |
| **ZADANIE NR 3** | ***Edukacja na temat zdrowia psychicznego – kształtowanie odpowiednich postaw i przekonań wspierających zdrowie psychiczne wśród mieszkańców Powiatu Pszczyńskiego.*** |  |
| **ZADANIE NR 4** | ***Zdrowe miejsce pracy – edukacja i informacja w zakresie zachowań prozdrowotnych u osób pracujących.*** |  |
| **ZADANIE NR 5** | ***Aktywny Senior – wspieranie aktywności osób starszych z terenu Powiatu Pszczyńskiego.*** |  |
| **II.****Szczegółowy sposób realizacji zadania:** |
|  |
| **III.****Termin i miejsce realizacji zadania:** |
| Termin: | Miejsce: |
|  |  |
| **IV.****Harmonogram poszczególnych działań w zakresie realizacji zadania:** |
| Wykaz działań: | Termin: | Miejsce: | Uwagi: |
|  |  |  |  |
| **V.****Informacja o wysokości wnioskowanych środków:** |
|  |
| **VI.****Informacja o wcześniejszej działalności Oferenta w zakresie zadań z zakresu zdrowia publicznego**  |
|  |
| **VII.****Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych zapewniających wykonanie zadania:** |
|  |
| **VIII.****Informacja o posiadanym zasobie kadrowym i kompetencjach osób zapewniających wykonanie zadania, a także o zakresie obowiązków tych osób:** |
| Imię i nazwisko: | Posiadane stopnie, kwalifikacje i uprawienia: | Zakres obowiązków: |
|  |  |  |
| **IX.****Informacja o wysokości środków przeznaczonych na realizację zadania:** |
| Źródła finansowania: | zł | % |
| Wnioskowana kwota: |  |  |
| Własny wkład osobowy |  |  |
| Własny wkład rzeczowy |  |  |
| Łączny koszt zadania: |  | 100% |
| **X.****Kosztorys wykonania zadania, w szczególności uwzględniający koszty administracyjne:** |
| Rodzaj kosztów: | Koszt całkowity(w zł): | Wnioskowana kwota finansowania /dofinansowania (w zł): | Środki własne (w zł): | Uwagi: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**XI.**Wykaz załączników do oferty:

1) aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących;

2) załącznik nr 3 do Uchwały Nr............................................ Zarządu Powiatu Pszczyńskiego w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na realizację zadań publicznych z zakresu zdrowia publicznego na rzecz mieszkańców Powiatu Pszczyńskiego na rok 2018, wynikających z celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 zawierający:

a) oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;

b) 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;

c) oświadczenie, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku,
na który zastaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym;

d) 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;

**Pouczenie:**

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie pól.

2. Wszystkie pola oferty należy czytelnie wypełnić.

3. W polach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.

4. Jakiekolwiek kserokopie dokumentów powinny zostać poświadczone za zgodność
z oryginałem przez osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.

5. Załączniki do formularza ofertowego winny być zgodne z ogłoszeniem o konkursie ofert.