Załącznik nr 3 do uchwały Nr 4531/2023

Zarządu Powiatu w Poznaniu

z dnia 29 listopada 2023 r.

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

(pieczęć wnioskodawcy)

**OFERTA**

**REALIZACJI W 2024 R. ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO**

**pn. „ZDROWY SENIOR”**

**zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym   
(Dz. U. z 2022 r. poz. 1608)**

1. **Podstawowe informacje:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Informacje o ofercie:** | |
| 1. | Nazwa zadania z zakresu zdrowia publicznego: | **„Zdrowy Senior”** |
| 2. | Termin realizacji zadania: |  |
| 3. | Miejsce realizacji zadania: |  |

1. **Dane oferenta:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Informacje o oferencie:** | | | | | |
| 1 | Nazwa podmiotu składającego ofertę: |  | | | | |
| 2 | Forma prawna: |  | | | | |
| 3 | Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub  w innym rejestrzelub ewidencji: |  | | | | |
| 4 | Nr NIP: |  | | | | |
| 5 | Nr REGON: |  | | | | |
|  |  | Miejscowość: |  | | | |
| 6 | Adres: | Ulica: |  | | | |
|  |  | Nr: |  | | Kod pocztowy: |  |
| 7 | Adres do korespondencji: |  | | | | |
| 8 | Nr tel.: |  | | | | |
| 9 | e-mail: |  | | | | |
| 10 | Adres strony www: |  | | | | |
| 11 | Nazwa banku: |  | | | | |
| 12 | Numer rachunku bankowego: |  | | | | |
| 13 | Nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy: |  | | | | |
| 14 | Osoba upoważniona do składania wyjaśnień  i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego oraz  e-mail): |  | | | | |
| 15 | Przedmiot działalności statutowej |  | | | | |
| 16 | Jeżeli wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą | Numer wpisu w rejestrze przedsiębiorców | |  | | |
| Przedmiot działalności gospodarczej | |  | | |

1. **Szczegółowy sposób realizacji Zadania:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Szczegółowy sposób realizacji Zadania:** | |
| **Opis potrzeb wskazujących na celowość wykonania Zadania:**  (*w szczególności uzasadnienie realizacji zadania w oparciu o najnowsze dostępne dane/badania/analizy)* |  |
| **Cele realizacji Zadania:**  *(w szczególności określenie jakie są cele  w kontekście zadania z zakresu zdrowia publicznego, cele powinny być możliwe do osiągnięcia, realne i mierzalne)* |  |
| **Charakterystyka Zadania, w tym szczegółowy zakres rzeczowy zadania:** |  |
| **Sposób realizacji Zadania ze wskazaniem przyjętych metod i rozwiązań:** |  |
| **Opis grup odbiorców do których Zadanie jest adresowane oraz ich liczebność*:*** |  |

1. **Zakładane rezultaty realizacji Zadania:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakładane rezultaty Zadania** | **Planowany poziom osiągnięcia rezultatów (jednostki pomiaru i wartość docelowa)** | **Sposób monitorowania rezultatów/źródło informacji  o osiągnięciu wskaźnika** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

1. **Harmonogram działań w zakresie realizacji Zadania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Poszczególne działania w zakresie realizowanego Zadania** | **Termin** | **Miejsce** | **Uwagi** |
| 1. **DZIAŁANIA MERYTORYCZNE:** | | | | |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| **B. DZIAŁANIA ADMINISTRACYJNE**: | | | | |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 1. **INNE DZIAŁANIA NIEZBĘDNE DLA PRAWIDŁOWEJ REALIZACJI ZADANIA:** | | | | |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

1. **Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie:**

|  |
| --- |
| **Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie:** |
|  |

1. **Informacja o działalności podmiotu składającego ofertę w zakresie zadań realizowanych   
   we współpracy z Powiatem Poznańskim:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacja o działalności podmiotu składającego ofertę w zakresie zadań realizowanych  we współpracy z Powiatem Poznańskim:** | |
| Doświadczenie oferenta ze wskazaniem zadań realizowanych we współpracy  z Powiatem Poznańskim |  |

1. **Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych oraz zasobach kadrowych i kompetencjach osób zapewniających wykonanie Zadania, a także o zakresie obowiązków tych osób:**
2. **Zasoby rzeczowe przewidziane do realizacji Zadania objętego konkursem:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zasoby rzeczowe przewidziane do realizacji Zadania objętego konkursem:** | |
|  |  |
|  |  |

1. **Personel przewidziany do realizacji Zadania objętego konkursem:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personel przewidziany do realizacji Zadania objętego konkursem** | | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Posiadane kwalifikacje, wykształcenie,  i uprawnienia** | **Doświadczenie**  **w realizacji podobnych zadań objętych przedmiotem konkursu** (w tym liczba lat**,** zakres dotychczasowych działań) | **Zakres obowiązków  i sposób**  **zaangażowania**  **przy realizacji**  **zadania objętego przedmiotem konkursu** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

1. **Informacja o wysokości środków przeznaczonych na realizację Zadania oraz kosztorys wykonania Zadania, w szczególności uwzględniający koszty administracyjne.**
2. Informacja o wysokości środków przeznaczonych na realizację Zadania: **80 000,00 zł.**
3. Wnioskowana przez Oferenta kwota dotacji na realizację Zadania (nie więcej niż 80 000, 00 zł): ……………………….
4. **Kosztorys wykonania Zadania, w szczególności uwzględniający koszty administracyjne.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztów** | | | | **Jednostka miary** | **Liczba jednostek** | **Cena jednostkowa** | **Koszt całkowity  (w zł)** | | **Z tego ze środków otrzymanych  w ramach wnioskowanej dotacji  (w zł)** | **Z tego  w ramach środków własnych** |
| 1. **Koszty merytoryczne:** | | | | | | | | | | | |
| 1. **Koszty związane z organizacją i przeprowadzeniem warsztatów:** | | | | | | | | | | | |
| 1. | |  | | |  |  |  | |  |  |  |
| 2. | |  | | |  |  |  | |  |  |  |
| 1. **Koszty związane z udzielaniem porad psychologicznych:** | | | | | | | | | | | |
| 1. | |  | | |  |  |  | |  |  |  |
| 2. | |  | | |  |  |  | |  |  |  |
| 1. **Koszty pozostałych działań merytorycznych:** | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  | |  |  |  |
| 1. **Koszty administracyjne** (Należy wpisać koszty obsługi zadania, które są związane z wykonywaniem działań  o charakterze administracyjnym, nadzorczym, kontrolnym, w tym z obsługą finansową i prawną projektu): | | | | | | | | | | | |
| 1. | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 2. | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 1. **Koszty inne niezbędna dla prawidłowej realizacji Zadania:** | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | |  |  |  |  | |  |  |  |
| 2. | | | |  |  |  |  | |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | | | | | | |  |  |  |

1. **Pozostałe informacje związane z realizacją Zadania:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **X. Pozostałe informacje**: | | Adnotacje urzędowe  (nie wypełniać) |
| **1. Organizacja i sposób przeprowadzenia Zadania w 2024 r. w zakresie:** | | |
| 1. warsztatów edukacyjno-profilaktycznych adresowanych do osób  od 60 roku życia  oraz ich opiekunów, |  |  |
| 1. wsparcia psychologicznego dla osób od 60 roku życia, |  |  |
| 1. działań informacyjno-promocyjnych dotyczących realizowanego Zadania, |  |  |
| 1. opracowania, wydrukowania oraz dystrybucji broszury edukacyjnej, |  |  |
| 1. opracowania, wydrukowania oraz dystrybucji ulotki informacyjnej. |  |  |

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Załączniki:**

1. **oświadczenie** potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych *(załącznik nr 1 do formularza ofertowego);*
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 *(załącznik nr 2 do formularza ofertowego);*
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 *(załącznik nr 3 do formularza ofertowego);*
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 *(załącznik nr 4 do formularza ofertowego)*;
5. **oświadczenie oferenta, że zapoznał się i akceptuje treść ogłoszenia i projekt umowy** o realizacji w 2024 r. zadania z zakresu zdrowia publicznego pn. „*Zdrowy Senior” (załącznik nr 5 do formularza ofertowego)*;
6. **oświadczenie oferenta**, że **wszystkie osoby zaangażowane w realizację zadania** z zakresu zdrowia publicznego pn. *„Zdrowy Senior” w 2024 r.* posiadają kwalifikacje niezbędne do jego wykonania, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (*załącznik nr 6 do formularza ofertowego)*;
7. **oświadczenie o zrealizowaniu obowiązku informacyjnego** w imieniu Zamawiającego (*załącznik nr 7 do formularza ofertowego*
8. **aktualny odpis** z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących *(załącznik nr 8 do formularza ofertowego)*;
9. statut podmiotu, o ile jest wymagany obowiązującymi przepisami prawa (*załącznik nr 9  
   do formularza ofertowego)*,
10. inne dokumenty (*proszę określić jakie*) ………………………………………………………………………………………….

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………….  (pieczęć wnioskodawcy) | …………………………………………………….  (miejscowość i data) |
| …………………………………………………………………………………………………...  (podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy) | |

Załącznik nr 1   
do formularza ofertowego

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………… | ……………………………………………... |
| Nazwa i adres oferenta | Miejscowość i data |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż w stosunku do ………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa podmiotu składającego ofertę)

nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

|  |
| --- |
| …………………………………………….. |
| pieczęć oferenta firmowa |

Załącznik nr 2   
do formularza ofertowego

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………….. | ………………………………………………. |
| Imię i nazwisko osoby uprawnionej  do reprezentowania podmiotu  składającego ofertę | Miejscowość i data |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż nie byłem karany zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

(podpis osoby składającej oświadczenie)

Załącznik nr 3   
do formularza ofertowego

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………….. | …………………………………………………………. |
| Nazwa i adres oferenta | Miejscowość i data |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż …………………………………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa podmiotu składającego ofertę)

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

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

|  |
| --- |
| …………………………………………….. |
| pieczęć oferenta firmowa |

Załącznik nr 4   
do formularza ofertowego

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………… | …………………………………………………………………… |
| Nazwa i adres oferenta | Miejscowość i data |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że kwota środków zostanie przeznaczona 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 lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

|  |
| --- |
| …………………………………………….. |
| pieczęć oferenta firmowa |

Załącznik nr 5

do *formularza ofertowego*

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………… | …………………………………………………………………… |
| Nazwa i adres oferenta | Miejscowość i data |

**Oświadczenie oferenta**

Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję treść:

ogłoszenia i projektu umowy o realizacji w 2024 r. zadania z zakresu zdrowia publicznego pn. „***Zdrowy Senior***”, stanowiące załączniki do Uchwały Nr 4531/2023 Zarządu Powiatu w Poznaniu z dnia   
29 listopada 2023 r. o ogłoszeniu konkursu.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przystąpienie do konkursu.

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

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

|  |
| --- |
| …………………………………………….. |
| pieczęć oferenta firmowa |

Załącznik nr 6

do *formularza ofertowego*

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………… | …………………………………………………………………… |
| Nazwa i adres oferenta | Miejscowość i data |

**Oświadczenie oferenta**

Oświadczam, że wszystkie osoby zaangażowane w realizację **zadania z zakresu zdrowia publicznego**pn. ***„Zdrowy Senior” w 2024 r.****,* wskazane w pkt. VIII.2 *Formularza ofertowego* stanowiącego *załącznik   
nr 4* do Uchwały Nr 4531/2023 Zarządu Powiatu w Poznaniu z dnia 29 listopada 2023 r., posiadają kwalifikacje niezbędne do jego wykonania, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

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

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

|  |
| --- |
| …………………………………………….. |
| pieczęć oferenta firmowa |

Załącznik nr 7

do *formularza ofertowego*

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………… | …………………………………………………………………… |
| Nazwa i adres oferenta | Miejscowość i data |

**Oświadczenie oferenta dotyczące obowiązku informacyjnego**

Działając w imieniu …………………………………………………………………………………………………………………………………..   
(nazwa oferenta)

będącego *Administratorem danych osobowych* osób wskazanych w pkt. VIII. 2 Formularza ofertowegozłożonego w otwartym konkursie ofert na powierzenie realizacji w 2024 r. zadania z zakresu zdrowia publicznegopn. ***„Zdrowy Senior”,*** oświadczam, że wobec ww. osób, został spełniony obowiązek informacyjny Zamawiającego, określony w załączniku do ogłoszenia o konkursie, wynikający   
z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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. U. UE L 119 z 4.05,2016 r.).*

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

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

|  |
| --- |
| …………………………………………….. |
| pieczęć oferenta firmowa |