Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 1 do uchwały Nr 432/94/20  
Zarządu Powiatu Pszczyńskiego  
z dnia 9 września 2020r.

**Oferta na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego składana zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2365 z późn. zm).**

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

*(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 zgodna z 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. Nazwa zadania:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 uprawnienia: | | Zakres obowiązków: | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | | |
| **IX. Informacja o wysokości środków przeznaczonych na realizację zadania:** | | | | | | |
|  | | **zł** | | **%** | | |
| Wnioskowana kwota: | |  | |  | | |
| Własny wkład osobowy | |  | |  | | |
| Własny wkład rzeczowy: | |  | |  | | |
| Własny wkład finansowy: | |  | |  | | |
| Łączny koszt zadania: | |  | | 100% | | |
| **X. Kosztorys wykonania zadania, z uwzględnieniem kosztów administracyjnych:** | | | | | | |
| Rodzaj kosztów: | | Koszt całkowity (w zł): | Wnioskowana kwota finansowania /dofinansowania ( w zł): | Własny wkład osobowy/rzeczowy/finansowy (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 2 do ogłoszenia o konkursie 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;

c) oświadczenie o niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;

d) 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;

e) 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. Poszczególne pola mogą zostać dowolnie rozszerzane.

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.