Załącznik Nr 2 do uchwały Nr 1/1/24  
Zarządu Powiatu Pszczyńskiego  
z dnia 14 maja 2024 r.

# Oferta na realizację zadań 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 2022 r. poz. 1608).

(pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta)

*(miejscowość i data)*

Wypełnia przyjmujący ofertę:

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu oferty: |  |
| Numer oferty: |  |

Wypełnia Oferent:

|  |  |
| --- | --- |
| 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:

1. Tematyka zadania (należy zaznaczyć X właściwe):

|  |  |
| --- | --- |
| Promocja aktywności fizycznej - wsparcie pozalekcyjnych form aktywizacji fizycznej dzieci i młodzieży |  |
| Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych |  |
| Edukacja zdrowotna i profilaktyka uzależnień |  |
| Promocja zdrowia psychicznego |  |

1. Nazwa zadania:

|  |
| --- |
|  |

1. Szczegółowy sposób realizacji zadania:

|  |
| --- |
|  |

1. Termin realizacji zadania:

|  |
| --- |
|  |

1. Miejsce realizacji zadania:

|  |
| --- |
|  |

1. Harmonogram poszczególnych działań w zakresie realizacji zadania:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wykaz działań: | Termin: | Miejsce: | Uwagi: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Informacja o wysokości wnioskowanych środków:

|  |
| --- |
|  |

1. Informacja o wcześniejszej działalności Oferenta w zakresie zadań z zakresu zdrowia publicznego:

|  |
| --- |
|  |

1. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych zapewniających wykonanie zadania:

|  |
| --- |
|  |

1. 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: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Informacja o wysokości środków przeznaczonych na realizację zadania:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | zł | % |
| Wnioskowana kwota: |  |  |
| Własny wkład osobowy: |  |  |
| Własny wkład rzeczowy: |  |  |
| Własny wkład finansowy: |  |  |
| Łączny koszt zadania: |  | 100% |

1. Kosztorys wykonania zadania, z uwzględnieniem kosztów administracyjnych:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj kosztów: | Koszt całkowity (w zł): | Wnioskowana kwota finansowania /dofinansowania ( w zł): | Własny wkład osobowy/rzeczowy/finansowy (w zł): | Uwagi: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. 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 (podmioty zarejestrowane w Starostwie Powiatowym w Pszczynie oraz w KRS powinny złożyć sam statut);

2. załącznik nr 3 do Uchwały Nr 1/1/24 Zarządu Powiatu Pszczyńskiego z dnia 14 maja 2024 r. w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego na rzecz mieszkańców Powiatu Pszczyńskiego w 2024 r. zawierający:

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;
3. oświadczenie o niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
4. 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;
5. 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 lub dodawanie pól.
2. Poszczególne pola mogą zostać dowolnie rozszerzane.
3. Wszystkie pola oferty należy czytelnie wypełnić.
4. W polach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
5. Jakiekolwiek kserokopie dokumentów powinny zostać poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.
6. Załączniki do formularza ofertowego winny być zgodne z ogłoszeniem o konkursie ofert.