Załącznik nr 1 do otwartego konkursu ofert na wybór realizatora zadania publicznego pn. Udzielanie pomocy i wsparcia specjalistycznego osobom zagrożonym uzależnieniem, uzależnionym i współuzależnionym od alkoholu oraz ich rodzinom.

Data i miejsce złożenia oferty

(wypełnia organ administracji publicznej)

OFERTA

NA REALIZACJĘ ZADANIA

 (tytuł/nazwa zadania)

Termin realizacji

od roku do roku

**FORMULARZ Ofertowy**

#### Informacje o Oferencie:

1. **Pełna nazwa Oferenta:**
2. **Adres siedziby Oferenta - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:**

Kod Miejscowość

 ulica

Gmina powiat województwo

Telefon/Fax: e-mail

http://

  **Adres do korespondencji:**

Kod Miejscowość ulica

Gmina powiat województwo

Telefon/Fax:

 e-mail

1. **Organ założycielski podmiotu leczniczego (Oferenta):**
2. **Nr identyfikacyjny NIP:**
3. **Nr identyfikacyjny Regon:**
4. **Data i nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego dokumentu rejestrowego:**
5. **Nr wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:**
6. **Nazwiska i imiona osób uprawnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :**
7. **Nazwisko i imię, telefon kontaktowy oraz adres e-mail do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących wniosku :**
8. **Nazwa banku i nr konta bankowego:**

#### Informacje o zadaniu publicznym pn. Udzielanie pomocy i wsparcia specjalistycznego osobom zagrożonym uzależnieniem, uzależnionym i współuzależnionym od alkoholu oraz ich rodzinom

1. Miejsce realizacji zadania:
2. Doświadczenie Oferenta w realizacji zadań/programów
3. **Opis problemu :**
4. **Przewidywana liczba osób objętych zadaniem:**
5. **Charakterystyka osób objętych zadaniem:**
6. **Sposób rekrutacji uczestników do zadania:**
7. **Szczegółowy opis działań i ich realizacji***(Opis musi być spójny z harmonogramem i kosztorysem; ponadto opis powinien zawierać liczbowe określenie skali działań planowanych przy realizacji zadania publicznego, np. liczbę świadczeń udzielanych tygodniowo, miesięcznie, liczbę odbiorców).*
8. **Harmonogram** (*Opis powinien być zgodny z kosztorysem, należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych działań)*

|  |
| --- |
| **Zadanie realizowane w okresie od do**  |
| Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania | Termin realizacji poszczególnych działań  | Wykonujący działania  |
|  |  |  |

1. **Monitorowanie i ewaluacja zadania.** *(Sposób monitorowania oraz opis narzędzi ewaluacyjnych)*
2. **Oczekiwane rezultaty.**
3. **Koszty zadania:**
4. **Przewidywane koszty całego zadania:**
5. **Koszty finansowane z Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych:**
6. Kosztorys zadania (Kosztorys należy sporządzić osobno na rok 2022 i na rok 2023):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztów - koszty merytoryczne, administracyjne, rzeczowe** | **Ilość****jedn.** | **Koszt jedn.** | **Jednostka miary** | **Koszt całkowity w zł.** | **Koszt wnioskowany do dofinanso-wania zł.** | **Finansowe środki własne i z innych źródeł**  | **Wkład osobowy,****w tym praca społeczna członków i świadczeń wolontariuszy** |
| **M** | **KOSZTY MERYTORYCZNE** | **...................zł.** | **.................. zł.** | **.................. zł.** | **.................. zł.** |
| **1M.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2M.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3M.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **A** | **KOSZTY ADMINISTRACYJNE I OBSŁUGI REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO** | **................. zł.** | **.................. zł.** | **.................. zł.** | **.................. zł.** |
| **1A.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2A.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3A.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **D** | **INNE KOSZTY, NIEZBĘDNE DO REALIZACJI ZADANIA, W TYM KOSZTY WYPOSAŻENIA I PROMOCJI** | **................. zł.** | **.................. zł.** | **.................. zł.** | **.................. zł.** |
| **1D.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2D.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3D.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **OGÓŁEM:** |  |  |  |  |  |  |  |

1) Jednostką miary może być np.: godzina, porada, sztuka itp. 2)  Na przykład środki finansowe oferenta, inne środki publiczne (np. dotacje). 3) Należy wpisać koszty bezpośrednio związane z celem realizowanego zadania publicznego. 4) Należy wpisać koszty obsługi zadania, które są związane z wykonywaniem działań o charakterze administracyjnym, nadzorczym i kontrolnym, w tym z obsługą finansową i prawną projektu

1. **Przewidywane źródła finansowania zadania:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp.  | Nazwa źródła  | Wartość | % |
| 1 | Wnioskowana kwota dotacji | zł | % |
| 2 | Inne środki finansowe ogółem (należy zsumować środki wymienione w pkt 2.1- 2.3) | zł | % |
| 2.1 | Środki finansowe własne  | zł |  |
| 2.2 | Środki finansowe z innych źródeł publicznych | zł |  |
|  | Nazwa(-wy) organu(-nów) administracji publicznej lub jednostki(-tek) sektora finansów publicznych,który(-ra,-re) przekazał(a, y) lub przekaże(-żą) środki finansowe): |
| 2.3 | Pozostałe środki np. opłaty uczestników zadania | zł |   |
| 3 | Ogółem (należy zsumować środki wymienione w pkt 1- 2) | zł | % |

Uwagi, które mogą mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

1. **Inne wybrane informacje dotyczące zadania.**
2. Zasoby kadrowe przewidywane do realizacji zadania (opis potencjału kadrowego zaangażowanego przy realizacji zadania wraz z kompetencjami i doświadczeniem w wykonywaniu zadania oraz zakresem obowiązków)
3. Zasoby rzeczowe Oferenta (Objaśnienie: wpisać np. lokal, sprzęt, materiały przewidywane do wykorzystania przy realizacji zadania. Wkład rzeczowy własny należy opisać, ale nie należy go uwzględniać w kosztorysie.)
4. **Informacja o zapewnieniu równego traktowania wszystkich uczestników, w tym dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami:**

**3.1 w zakresie dostępności architektonicznej:**

**3.2 w zakresie dostępności cyfrowej:**

**3.3 w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:**

*(podpis i pieczęć osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych*

*do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta****)***

Data rok