Data i miejsce złożenia oferty

Załącznik nr 2 do otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn.: Rozszerzenie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej w ramach wtórnej prewencji chorób sercowo-naczyniowych.

(wypełnia organ administracji publicznej)

OFERTA

NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

(tytuł/nazwa zadania)

Termin realizacji

od roku do roku

**FORMULARZ Ofertowy**

#### I. 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://............................................................................. |

**3. Adres do korespondencji:**

|  |
| --- |
| Kod................... Miejscowość................................................ ulica....................................................................  Gmina..................................... powiat............................................województwo......................................  Telefon/Fax:................................................................... e-mail......................................................................... |

**4. Organ założycielski podmiotu leczniczego (Oferenta):**

**5. Nr identyfikacyjny NIP:**

**6. Nr identyfikacyjny Regon:**

**7. Data i nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego dokumentu rejestrowego:**

**8. Nr wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:**

**9. Nazwiska i imiona osób uprawnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta :**

**10. Nazwisko i imię, telefon kontaktowy oraz e-mail do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących wniosku:**

#### 11. Nazwa banku i nr konta bankowego:

###### Informacje o programie polityki zdrowotnej pn. „Rozszerzenie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej w ramach wtórnej prewencji chorób sercowo-naczyniowych”

**1. Imię i nazwisko koordynatora programu oraz nr telefonu i adres e-mail do kontaktu:**

2. Miejsce realizacji programu:

3. Doświadczenie Oferenta w realizacji programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej i innych nowatorskich działań w zakresie wtórnej prewencji chorób sercowo-naczyniowych:

**4. Przewidywana liczba osób uczestniczących w programie:**

**5. Charakterystyka pacjentów objętych programem:**

**6. Sposób naboru i kwalifikowania do programu:**

**7. Szczegółowy opis zadań i ich realizacji***(Opis musi być spójny z harmonogramem   
i kosztorysem, ponadto opis powinien zawierać liczbowe określenie skali zadań planowanych przy realizacji programu, np. liczbę świadczeń udzielanych tygodniowo, miesięcznie, liczbę odbiorców ).*

**8. Harmonogram** (*Opis powinien być zgodny z kosztorysem, należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych zadań*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Program realizowany w okresie od ............... do ...................** | | |
| Poszczególne zadania w zakresie realizowanego programu | Termin realizacji poszczególnych zadań | Wykonujący zadania |
|  |  |  |

**9. Monitorowanie i ewaluacja programu.** *(Sposób monitorowania oraz opis narzędzi ewaluacyjnych):*

1. **Oczekiwane rezultaty:**

**III. Koszty programu:**

**1. Przewidywane koszty całego programu:**

**2. Koszty finansowane z Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych:**

3. Kosztorys programu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (w przypadku większej liczby kosztów istnieje możliwość dodawania kolejnych wierszy; ) | | | | | | | | | | |
| **Kategoria kosztu** | **Rodzaj kosztów** (należy uwzględnić wszystkie planowane koszty, w szczególności zakupu usług, zakupu rzeczy, wynagrodzeń) | | **Liczba jednostek** | **Koszt jednostkowy (w zł)** | **Rodzaj miary**1) | **Koszt całkowity (w zł)** | | **z wnioskowanej dotacji (w zł)** | | **z innych środków finansowych**2) **(w zł)** |
| **I** | Koszty merytoryczne3) | | | | | | | | | |
|  | Nr poz. |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |
| Koszty merytoryczne, razem: | | | | |  | |  | |  |
| **II** | Koszty obsługi zadania publicznego, w tym koszty administracyjne4) | | | | | | | | | |
|  | Nr poz. |  | **Liczba jednostek** | **Koszt jednostkowy (w zł)** | **Rodzaj miary**1) | **Koszt całkowity (w zł)** | **z wnioskowanej dotacji (w zł)** | | **z innych środków finansowych**2) **(w zł)** | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |
| Koszty obsługi zadania publicznego, razem: | | | | |  |  | |  | |
| **III.** | Koszty realizacji zadania 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

**4. Przewidywane źródła finansowania programu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | 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.**

**1. Zasoby kadrowe przewidywane do realizacji zadania publicznego** (opis potencjału kadrowego zaangażowanego przy realizacji zadania wraz z kompetencjami i doświadczeniem w wykonywaniu zadania oraz zakresem obowiązków):

**2. 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.):**3. 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

***Adnotacje urzędowe (Objaśnienia: Wypełnia organ administracji publicznej.)***