## Załącznik nr 1 do otwartego konkursu ofert zdnia 18 listopada 2022 r. na wybór realizatora zadania pn. Edukacja zdrowotna i wsparcie osób z niepełnosprawnościami oraz ich rodzin

Data i miejsce złożenia oferty

(wypełnia organ administracji publicznej)

OFERTA

NA REALIZACJĘ ZADANIA

 (tytuł/nazwa zadania)

Termin realizacji

|  |
| --- |
| Dane Oferenta |
| Pełna Nazwa Oferenta |
| Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub w innym rejestrze, ewidencji właściwym ze względu na realizację zadania objętego konkursem. (Objaśnienie: należy podać numer wpisu i nazwę właściwego rejestru lub ewidencji, np. sądowego, wojewody, Ministra Zdrowia, właściwych izb lub inny dokument zezwalający na prowadzenie działalności)nazwa rejestru/ewidencji **data wpisu do rejestru/ ewidencji**  |
| Organ założycielski lub właściciel |
| Numer NIP  |
| Numer REGON  |
| Adres  |
| 1. kod pocztowy i miejscowość
 |
| 1. ulica i nr
 |
| 1. województwo
 |
| 1. telefon
 |
| 1. e-mail
 |
| 1. **Numer rachunku bankowego i nazwa banku, na który przekazywane będą środki finansowe**
 |
| Nazwa banku  |
| Numer rachunku bankowego |
| 1. **Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania oferenta**
 |
|  |
|  |
| 1. **Osoba upoważniona do składania wyjaśnień dotyczących oferty (imię i nazwisko, nr telefonu kontaktowego oraz adres e-mail**)
 |

**II. Informacje szczegółowe o realizacji zadania.**

* 1. Miejsce realizacji zadania

|  |
| --- |
|  |

* 1. Doświadczenie w realizacji zadań /programów dotyczących przedmiotu konkursu

|  |
| --- |
|  |

* 1. Przewidywana liczba osób objęta zadaniem

|  |
| --- |
|  |

* 1. Charakterystyka uczestników zadania

|  |
| --- |
|  |

* 1. Sposób rekrutacji uczestników

|  |
| --- |
|  |

* 1. Szczegółowy opis zadań i ich realizacji (Opis musi być spójny z harmonogramem i kosztorysem)

|  |
| --- |
|  |

* 1. Harmonogram realizacji zadania (w harmonogramie należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych działań)

|  |
| --- |
| **Zadanie realizowane w okresie**  |
| 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

**III. Charakterystyka oferenta**

|  |
| --- |
| * 1. **Doświadczenie w realizacji zadań, programów zdrowotnych i/lub polityki zdrowotnej objętej przedmiotem konkursu** (ze wskazaniem, które realizowane były we współpracy z administracją publiczną)
 |
|  |
| * 1. **Zasoby kadrowe oferenta, które będą wykorzystane do realizacji Programu**

(Proszę podać zawód/kwalifikacje/certyfikaty realizatorów Programu) |
|  |
| * 1. **Zasoby rzeczowe oferenta, które będą wykorzystane do realizacji Programu**
 |
|  |
| * 1. **Informacja o zapewnieniu równego traktowania wszystkich uczestników, w tym dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami w zakresie dostępności**
 |
| **architektonicznej****cyfrowej****informacyjno-komunikacyjnej** |

##### IV. Kalkulacja kosztów realizacji zadania w 2023 rok

|  |
| --- |
| 1. **Kalkulacja przewidywanych kosztów w 2023 rok**
 |
| Nr pozycji kosztorysu | Nazwa zadania do realizacji(należy uwzględnić wszystkie planowane koszty, w szczególności wynagrodzeń, zakupu usług, zakupu rzeczy) | Liczba jednostek | Kosztjednostkowy(w zł) | Rodzaj miary (np. godzina, zadanie ) | Kosztcałkowity(w zł) |
| **I** | **Koszty merytoryczne** |
| I.1 |  |  |  |  |  |
| I.2 |  |  |  |  |  |
| I.3 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| **II** | **Koszty obsługi Zadania, w tym koszty administracyjne** |
| II.1 |  |  |  |  |  |
| II.2 |  |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |  |
|  | Ogółem |  |

|  |
| --- |
| 1. **Uwagi, które mogą mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu**
 |
|  |

##### Oświadczenia

Oświadczam, że

1) dane zawarte w części I niniejszej oferty są zgodne z Krajowym Rejestrem Sądowym\* / właściwą ewidencją\*

2) wszystkie informacje podane w ofercie oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym

3) w zakresie związanym z otwartym konkursem ofert, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.

 (podpis i pieczęć osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

#### Data

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

|  |
| --- |
|  |