**Załącznik nr 2** do otwartego konkursu ofert z dnia 7 lipca 2023 roku na realizację programu polityki zdrowotnej Poprawa jakości opieki okołoporodowej mieszkanek Wrocławia pn. „Pokoje Narodzin”

OFERTA

PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

 (tytuł/nazwa Programu)

## Dane oferenta

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

* 1. Miejsce realizacji Programu

|  |
| --- |
|  |

* 1. Termin realizacji Programu

|  |
| --- |
|  |

* 1. Przewidywana liczba osób objęta Programem

|  |
| --- |
|  |

* 1. Charakterystyka uczestników Programu

|  |
| --- |
|  |

* 1. Sposób rekrutacji uczestników Programu

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania  | Termin realizacji  | Wykonujący zadanie |
|  |  |  |

* 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. Kosztorys programu 2023 rok

|  |
| --- |
| (w przypadku większej liczby kosztów istnieje możliwość dodawania kolejnych wierszy; ) |
| Kategoriakosztu | Rodzaj kosztów(należy uwzględnić wszystkieplanowane koszty, w szczególnościzakupu usług, zakupu rzeczy,wynagrodzeń) | Liczbajednostek | Kosztjednostkowy(w zł) | Rodzajmiary1) | Kosztcałkowity(w zł) | z wnioskowanejdotacji(w zł) | Środki własne(w zł) |
| **I** | Koszty merytoryczne3) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Koszty merytoryczne, razem: |  |  |  |
| **II** | Koszty obsługi programu, w tym koszty administracyjne |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Koszty obsługi programu, razem: |  |  |  |
| **III.** | Koszty realizacji programu ogółem: |  |  |  |

1) Jednostką miary może być np.: godzina, konsultacja, zadanie itp.

##### 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.

*\*niepotrzebne skreślić*

 *(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)*

#### Data