Załącznik nr 1 do otwartego konkursu ofert na wybór realizatora zadania pn. Edukacja zdrowotna i wsparcie osób chorych na cukrzycę oraz ich rodzin/opiekunów.

Data i miejsce złożenia oferty

(wypełnia organ administracji publicznej)

OFERTA NA REALIZACJĘ ZADANIA

(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:**

**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:

II. Informacje szczegółowe o realizacji zadania.

1. Miejsce realizacji zadania:

2. Doświadczenie Oferenta w realizacji zadań/programów promocji zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem edukacji zdrowotnej dla osób zagrożonych cukrzycą, chorych oraz ich rodzin/opiekunów:

**3. Opis problemu zdrowotnego:**

**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 programu.** *(Sposób monitorowania oraz opis narzędzi ewaluacyjnych):*
2. **Oczekiwane rezultaty:**

**III. Koszty zadania:**

1. **Przewidywane koszty całego zadania:…**
2. **Koszty finansowane z Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych:…**
3. Kosztorys zadania

|  |
| --- |
| (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)** | **Rodzajmiary**1) | **Kosztcałkowity(w zł)** | **z wnioskowanejdotacji(w zł)** | **z innych środkówfinansowych**2)**(w zł)** |
| **I** | Koszty merytoryczne3) |
|  | Nrpoz. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Koszty merytoryczne, razem: |  |  |  |
| **II** | Koszty obsługi zadania publicznego, w tym koszty administracyjne4) |
|  | Nrpoz. |  | **Liczbajednostek** | **Kosztjednostkowy(w zł)** | **Rodzajmiary**1) | **Kosztcałkowity(w zł)** | **z wnioskowanejdotacji(w zł)** | **z innych środkówfinansowych**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

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, w tym wpłaty uczestników zadania | zł |  |
| 3 | Ogółem (należy zsumować środki wymienione w pkt 1- 2) | zł | % |

Uwagi, które mogą mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

**IV. 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.)

1. **Informacja o zapewnieniu równego traktowania wszystkich uczestników, w tym dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami:**
	1. **w zakresie dostępności architektonicznej:**
	2. **w zakresie dostępności cyfrowej:**
	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.):***