**Załącznik nr 2** do otwartego konkursu ofert z dnia 20 grudnia 2023 roku na realizację programu polityki zdrowotnej Wsparcie kobiet ciężarnych i matek dzieci z wrodzoną wadą rozwojową oraz ich rodzin pn. "OD-ŻYJ"

OFERTA

PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

(tytuł/nazwa)

**Dane Oferenta**

1. **Pełna Nazwa Oferenta**
2. **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**

1. **Organ założycielski lub właściciel**
2. **Numer NIP**
3. **Numer REGON**
4. **Adres**
5. kod pocztowy i miejscowość
6. ulica i nr
7. województwo
8. telefon
9. e-mail
10. **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**
2. **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
  2. Termin realizacji
  3. Przewidywana liczba osób objęta Programem
  4. Charakterystyka uczestników Programu
  5. Sposób rekrutacji uczestników
  6. Szczegółowy opis zadań i ich realizacji (Opis musi być spójny z harmonogramem i kosztorysem)
  7. Harmonogram realizacji zadań Programu (w harmonogramie należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych działań)

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

* 1. Monitorowanie i ewaluacja Programu (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)
2. Zasoby kadrowe oferenta, które będą wykorzystane do realizacji Programu (Proszę podać zawód/kwalifikacje/certyfikaty realizatorów Programu)
3. Informacja o zapewnieniu równego traktowania wszystkich uczestników, w tym dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami w zakresie:
4. dostępności architektonicznej
5. cyfrowej
6. informacyjno-komunikacyjnej

**IV Kosztorys programu 2024 rok**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (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 miary1) | Koszt całkowity (w zł) | z wnioskowanej dotacji (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.

1. **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