Załącznik nr 2 do otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pod nazwą: Profilaktyka nowotworów skóry - Znamiona pod lupą

Data i miejsce złożenia oferty

(wypełnia organ administracji publicznej)

OFERTA

NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Profilaktyka nowotworów skóry pod nazwą „Znamiona pod lupą”

(tytuł/nazwa programu)

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. Profilaktyka nowotworów skóry pn. „Znamiona pod lupą”

1. Miejsce realizacji programu:

2. Doświadczenie Oferenta w realizacji programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób w zakresie chorób nowotworowych ze szczególnym uwzględnieniem raka skóry i czerniaka:

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

**4. Charakterystyka osób objętych programem:**

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

**6. 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).*

**7. 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 |
|  |  |  |

1. **Monitorowanie i ewaluacja programu.** *(Sposób monitorowania oraz opis narzędzi ewaluacyjnych):*
2. **Oczekiwane rezultaty:**

**III. Koszty programu:**

**1. Przewidywane koszty 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 bezpośrednie) | | | | | | | | | |
|  | Nr poz. |  |  |  |  |  | |  | |  |
| 1 | Koszt prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego |  |  |  |  | |  | |  |
| 2 | Koszt przygotowania i prowadzenia działań edukacyjnych dla świadczeniobiorców |  |  |  |  | |  | |  |
| 3 | Koszt przeprowadzenia szkoleń grupowych z zakresu samokontroli znamion dla świadczeniobiorców |  |  |  |  | |  | |  |
| 4 | Konsultacje lekarza dermatologa/onkologa |  |  |  |  | |  | |  |
| 5 |  |  |  |  |  | |  | |  |
| Koszty merytoryczne, razem: | | | | |  | |  | |  |
| **II** | Koszty pośrednie programu, 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)** | |
|  | 1 | Nadzór, ewaluacja i monitorowanie |  |  |  |  |  | |  | |
| 2 | Koszty personelu PPZ bezpośrednio  zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia |  |  |  |  |  | |  | |
| 3 | Koszty personelu obsługowego (np.  obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ |  |  |  |  |  | |  | |
| 4 | Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, film, kampania itp.) |  |  |  |  |  | |  | |
| 5 |  |  |  |  |  |  | |  | |
| Koszty obsługi programu, razem: | | | | |  |  | |  | |
| **III.** | Koszty realizacji programu ogółem: | | | | |  |  | |  | |
| **IV** | Koszty administracyjne jako % kwoty dotacji | | | | |  |  | |  | |

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 projekt

**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:

**IV. Inne wybrane informacje dotyczące zadania.**

1. Zasoby kadrowe przewidywane do realizacji zadania (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.)***