**Załącznik nr 1** do otwartego konkursu ofert pn. Czasowa opieka stacjonarna nad osobami niesamodzielnymi, przewlekle i nieuleczalnie chorymi- „Miejsca Wytchnienia”

OFERTA

Na realizację zadania

(tytuł/nazwa )

1. **Dane Oferenta**
2. **Pełna Nazwa Oferenta**
3. **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. strona internetowa - adres
11. **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 zadania.**

* 1. Miejsce realizacji zadania
	2. Termin realizacji
	3. Charakterystyka uczestników zadania i sposób rekrutacji
	4. Doświadczenie Oferenta w realizacji zadań o tym samym lub podobnym zakresie działania
	5. Szczegółowy opis zadań i ich realizacji (Opis musi być spójny z harmonogramem i kosztorysem)
	6. Harmonogram działań dotyczący realizacji zadania (w harmonogramie należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych działań)

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

* 1. Oczekiwane rezultaty

**III. Charakterystyka oferenta**

1. Zasoby kadrowe przewidywane do realizacji zadania publicznego )uprawnienia i kwalifikacje zawodowe osób zapewniających wykonanie zadani, zakres ich obowiązków)
2. Zasoby rzeczowe oferenta
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 realizacji zadania 2024 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 osobodnia |
|  | 1. | Osobodzień pobytu pacjenta w podmiocie leczniczym, w tym: |  |  | Osobodzień  |  |  |  |
| 1.1 | Opieka medyczna |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | Opieka rehabilitacyjna |  |  |  |  |  |  |
| 1.3 | Opieka psychoterapeutyczna |  |  |  |  |  |  |
| 1.4 | Zakwaterowanie |  |  |  |  |  |  |
| 1.5 | Media |  |  |  |  |  |  |
| 1.6 | Wyżywienie |  |  |  |  |  |  |
| 1.7 | …… |  |  |  |  |  |  |
| Koszty osobodnia, razem: |  |  |  |
| **II** | Koszty obsługi zadania, w tym koszty administracyjne |
|  | 2.1 | Zakup drobnego sprzętu i środków |  |  |  |  |  |  |
| 2.2 | Koordynacja zadania |  |  |  |  |  |  |
| 2.3 | Obsługa księgowa |  |  |  |  |  |  |
| Koszty obsługi zadania, razem: |  |  |  |
| **III.** | Koszty realizacji zadania ogółem: |  |  |  |

* + 1. Jednostką miary może być np.: godzina, konsultacja, zadanie itp.
		2. Informacje/uwagi, które mogą mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu oferty

##### V. 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