## *Załącznik nr 1 do otwartego konkursu ofert z dnia 29 maja 2024 roku na realizację zadania publicznego pn. „Zdrowie kobiet w okresie menopauzy”*

Data i miejsce złożenia oferty

(wypełnia organ administracji publicznej)

OFERTA

NA REALIZACJĘ ZADANIA PUBLICZNEGO

pn. „Zdrowie kobiet w okresie menopauzy”

(tytuł/nazwa)

Termin realizacji

od roku do roku

# 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:

## Organ założycielski lub właściciel:

## Nr NIP

## Nr REGON:

## Adres:

## Miejscowość:

## Ulica i nr:

## Województwo:

## Kod pocztowy:

## Poczta:

## telefon: Fax:

## Email:

##  Strona internetowa – adres:

## Numer rachunku bankowego i nazwa banku, na który przekazywane będą środki finansowe:

## Nazwa banku

## Numer rachunku bankowego

## Imiona, nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta:

## Osoba upoważniona do składania wyjaśnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego

1. **Informacje szczegółowe o realizacji programu.**
	1. **Miejsce realizacji programu.**
	2. **Doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych i/lub polityki zdrowotnej)** (ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną).
	3. Charakterystyka uczestników programu.
	4. **Szczegółowy opis zadań i sposób realizacji** (Opis musi być spójny z harmonogramem i kosztorysem)
	5. **Harmonogram zadań** (w harmonogramie należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych zadań oraz liczbowe określenie skali zadania np. liczba uczestników szkoleń,).
	6. **Przewidywane efekty realizacji programu**
		1. **Monitorowanie i ewaluacja programu.**
		2. **Oczekiwane rezultaty.**

##### Kalkulacja kosztów realizacji programu.

* 1. **Kosztorys programu w 2024 roku.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zadanie do realizacji** | **Ilość jednostek (np. konsultacji, godzin)** | **Koszt jednostko-wy** | **Rodzaj miary** | **Koszt całkowity (zł)** | **z tego do pokrycia z wnioskowa-nej dotacji****(w zł)** |
| I. Koszty merytoryczne |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| II. Koszty obsługi programu, w tym koszty administracyjne |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  Koszty promocji programu  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |

**2. Wysokość środków przeznaczonych na realizację programu w 2023 roku.**

1. **Wnioskowana kwota dotacji**
2. **Środki finansowe własne**
3. **Ogółem (środki wymienione w pkt 1- 2)**

Uwagi, które mogą mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

##### Inne wybrane informacje dotyczące programu .

**1. Zasoby kadrowe przewidywane do realizacji programu** (wykaz osób zatrudnionych przy realizacji programu wraz z kompetencjami zapewniającymi wykonanie zadania oraz zakres ich 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.)

 (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.)**