Załącznik nr 1 do otwartego konkursu ofert na wybór realizatora zadania pn. WSPARCIE OSÓB CHORYCH NA CUKRZYCĘ ORAZ ICH RODZIN/OPIEKUNÓW

Data i miejsce złożenia oferty

(wypełnia organ administracji publicznej)

OFERTA NA REALIZACJĘ ZADANIA

**WSPARCIE OSÓB CHORYCH NA CUKRZYCĘ ORAZ ICH RODZIN/OPIEKUNÓW**

(tytuł/nazwa zadania)

Termin realizacji

od roku do roku

FORMULARZ Ofertowy

#### Informacje o Oferencie

* 1. Pełna nazwa Oferenta:
	2. Adres siedziby Oferenta:

Kod................... Miejscowość................................................ ulica....................................................................

Gmina.................................... powiat............................................województwo....................................

Telefon/Fax:.................................... e-mail...........................................

http://.............................................................................

* 1. Adres do korespondencji:

Kod................... Miejscowość................................................ ulica....................................................................

Gmina..................................... powiat............................................województwo...................................

Telefon/Fax:.............................e-mail.................................................

* 1. Organ założycielski podmiotu leczniczego (Oferenta):
	2. Nr identyfikacyjny NIP:
	3. Nr identyfikacyjny Regon:
	4. Data i nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego dokumentu rejestrowego:
	5. Nazwiska i imiona osób uprawnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta:
	6. Nazwisko i imię, telefon kontaktowy oraz e-mail do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących wniosku:
	7. Nazwa banku i nr konta bankowego:
1. 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:
1. 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)** |
| **1** | Koszty merytoryczne3) |
|  | Nrpoz. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Koszty merytoryczne, razem: |  |  |  |
| **2** | 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: |  |  |  |
| **3** | 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:

1. 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.)
	3. 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.):***