## Załącznik nr 1 do otwartego konkursu ofert zdnia 25 listopada 2024 r. na wybór realizatora zadania pn. Edukacja zdrowotna i wsparcie osób z niepełnosprawnościami oraz ich rodzin

Data i miejsce złożenia oferty

(wypełnia organ administracji publicznej)

OFERTA

NA REALIZACJĘ ZADANIA

## Edukacja zdrowotna i wsparcie osób z niepełnosprawnościami oraz ich rodzin

(tytuł/nazwa zadania)

# Dane Oferenta

## Pełna Nazwa Oferenta

## 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

## Numer NIP

## Numer REGON

## Adres

* kod pocztowy i miejscowość
* ulica i nr
* województwo
* telefon
* e-mail

1. **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**)

**2. Informacje szczegółowe o realizacji zadania.**

* 1. Miejsce realizacji zadania
  2. Termin realizacji
  3. Przewidywana liczba osób objęta zadaniem
  4. Charakterystyka uczestników zadania
  5. Sposób rekrutacji uczestników
  6. Szczegółowy opis zadań i ich realizacji (Opis musi być spójny z harmonogramem i kosztorysem)
  7. Harmonogram realizacji zadania (w harmonogramie należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych działań)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zadanie realizowane w okresie** | | |
| Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania | Termin realizacji poszczególnych działań | Wykonujący działania |
|  |  |  |

* 1. Monitorowanie i ewaluacja zadania(sposób monitorowania oraz opis narzędzi ewaluacyjnych)
  2. Oczekiwane rezultaty

**3. 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:

1. dostępności architektonicznej
2. cyfrowej
3. informacyjno-komunikacyjnej

**4. Kalkulacja kosztów realizacji zadania w 2025 rok**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kalkulacja przewidywanych kosztów w 2025 rok** | | | | | | | |
| Nr pozycji kosztorysu | Nazwa zadania do realizacji  (należy uwzględnić wszystkie planowane koszty, w szczególności wynagrodzeń, zakupu usług, zakupu rzeczy) | Liczba jednostek | | | Koszt  jednostkowy  (w zł) | Rodzaj miary (np. godzina, zadanie ) | Koszt  całkowity  (w zł) |
| **1.** | **Koszty merytoryczne** | | | | | | |
| 1.1 |  |  | |  | |  |  |
| 2.2 |  |  | |  | |  |  |
| 3.3 |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
| **2.** | **Koszty obsługi Zadania, w tym koszty administracyjne** | | | | | | |
| 1.1 |  |  |  | | |  |  |
| 2.2 |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  | | |  |  |
|  | Ogółem | | | | | |  |

|  |
| --- |
| **Uwagi, które mogą mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu** |
|  |

**5. 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.

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)

**Data**

**Adnotacje urzędowe**(Objaśnienia: wypełnia organ administracji publicznej.)