Załącznik nr 1 do otwartego konkursu ofert na realizację kampanii zdrowotnej pod nazwą: „Specjaliści o nietrzymaniu moczu”

Data i miejsce złożenia oferty

(wypełnia organ administracji publicznej)

OFERTA

NA REALIZACJĘ ZADANIA PUBLICZNEGO

(tytuł/nazwa zadania)

# 1. 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 odbiorców zadania
	4. Szczegółowy opis zadań i ich realizacji (Opis musi być spójny z harmonogramem i kosztorysem)
	5. 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 podobnych zadań (ze wskazaniem, które realizowane były we współpracy z administracją publiczną)
	2. Zasoby kadrowe oferenta, które będą wykorzystane do realizacji zadania (wykaz osób zatrudnionych przy realizacji zadania wraz z kompetencjami zapewniającymi wykonanie zadania oraz zakres ich obowiązków).
	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 roku**

|  |
| --- |
| **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 | Kosztjednostkowy(w zł) | Rodzaj miary (np. godzina, zadanie ) | Kosztcałkowity(w zł) |
| **1.** | **Koszty merytoryczne** |
| 1.1 |  |  |  |  |  |
| 1.2 |  |  |  |  |  |
| 1.3 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Koszty obsługi zadania, w tym koszty administracyjne** |
| 2.1 |  |  |  |  |  |
| 1.2 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Ogółem |  |

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

**5. Inne Informacje**

**6. 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.)