###### **Załącznik nr 2** do konkursu ofert na wybór realizatora Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), na lata 2020-2021.

|  |
| --- |
|  |

...............................................

Data i miejsce złożenia oferty

(wypełnia organ administracji publicznej)

**OFERTA**

**NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWTNEJ**

...............................................................................

(tytuł/nazwa)

Termin realizacji

od ............... roku do ................... roku

|  |  |
| --- | --- |
| Dane Oferenta | |
| * 1. **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:** | |
| 3. Organ założycielski lub właściciel: | |
| 4. Nr NIP: | 5. Nr REGON: |
| 6. Adres:  |  |  |  | | --- | --- | --- | | *Miejscowość:* | *Ulica i nr:* | *Województwo:* | | *Kod pocztowy:* | *Poczta:* |  | | *Telefon:* |  | Fax: | | *Email:* |  | Strona internetowa – adres: | | |
| 7. Numer rachunku bankowego i nazwa banku, na który przekazywane będą środki finansowe:  |  |  | | --- | --- | | Nazwa banku | *Numer rachunku bankowego* | | |

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

## ..................................... - .........................................

..................................... - .........................................

9. Osoba upoważniona do składania wyjaśnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego)

........................................ - ........................................

1. **Informacje szczegółowe o realizacji programu.**
   1. **Miejsce realizacji programu.**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych i/lub polityki zdrowotnej)** (ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną).

|  |
| --- |
|  |

* 1. Charakterystyka uczestników programu.

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Szczegółowy opis zadań i sposób realizacji** (Opis musi być spójny z harmonogramem   
     i kosztorysem).

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Harmonogram zadań** (w harmonogramie należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych zadań oraz liczbowe określenie skali zadania np. liczba szczepień ochronnych p/HPV, liczba uczestników szkoleń,).

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Przewidywane efekty realizacji programu**
     1. **Monitorowanie i ewaluacja programu.**

|  |
| --- |
|  |

* + 1. **Oczekiwane rezultaty.**

|  |
| --- |
|  |

##### Kalkulacja kosztów realizacji programu.

* 1. ***Kosztorys programu w 2020 roku.***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Zadanie do realizacji*** | ***Ilość jednostek (np. konsultacji, godzin)*** | ***Koszt jednostko-wy*** | ***Rodzaj miary*** | ***Koszt całkowity (zł)*** | ***z tego do pokrycia z wniosko- wanej 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 2020 roku.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Wnioskowana kwota dotacji | ……… zł |
| 2 | Środki finansowe własne | ……… zł |
| 3 | Ogółem (środki wymienione w pkt 1- 2) | ……… zł |

**3. Kosztorys programu w 2021 roku.**

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

**4. Wysokość środków przeznaczonych na realizację programu w 2021 roku.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Wnioskowana kwota dotacji | ……… zł |
| 2 | Środki finansowe własne | ……… zł |
| 3 | Ogółem (środki wymienione w pkt 1- 2) | ……… zł |

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.)***

|  |
| --- |
|  |