*Załącznik nr 2*

|  |
| --- |
|  |

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

Data i miejsce złożenia oferty

(wypełnia organ administracji publicznej)

OFERTA

NA REALIZACJĘ PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

**Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Wrocławia w wieku 65 +**

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

(tytuł/nazwa Programu )

Termin realizacji:

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

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Dane Oferenta** | |
| * 1. **Pełna nazwa Oferenta:**   Nazwa: | |
| * 1. **Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub w innym rejestrze, ewidencji właściwym ze względu na realizację zadania objętego konkursem.**   Numer KRS:  **nazwa rejestru/ewidencji:**  **data wpisu do rejestru/ ewidencji:** | |
| **3. Organ założycielski lub właściciel:** | |
| 4. Nr NIP: | 5. Nr REGON: |
| 6. Adres:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | *Miejscowość:*  Wrocław | *Ulica i nr:* | *Województwo:*  dolnośląskie | | *Kod pocztowy:* | *Poczta:*  Wrocław |  | | *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 i 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. *Charakterystyka uczestników Programu.*

|  |
| --- |
|  |

3. Oczekiwane rezultaty

|  |
| --- |
|  |

*4. Szczegółowy opis zadań i ich realizacji w Programie (Opis musi być spójny z harmonogramem   
i kosztorysem).*

|  |
| --- |
|  |

5.*Harmonogram działań dotyczący realizacji Programu**(w harmonogramie należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych działań oraz liczbowe określenie skali działań np. liczba konsultacji lekarskich, liczba uczestników)*

**Harmonogram**  (opis powinien być zgodny z kosztorysem)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Program realizowany w okresie ............................................ | | |
| Nazwa działania w zakresie realizowanego Programu | Planowany termin realizacji Programu | Wykonujący Program |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Kalkulacja kosztów realizacji Programu.**
   1. **Kosztorys wykonania zadań w Programie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)** | **Koszt do pokrycia ze środków własnych**  **(w zł)** |
| I. Koszty merytoryczne | | | | | | | |
| 1... |  |  |  |  |  |  |  |
| II. Koszty administracyjne i obsługi zadania | | | | | | | |
| 1... |  |  |  |  |  |  |  |
| III. Inne koszty, w tym wyposażenia i promocji zdania | | | | | | | |
| 1... |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | |  |  |  |

2. Wysokość środków przeznaczonych na realizację Programu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Wnioskowana kwota dotacji na realizację Programu |  |
| 2 | Środki finansowe własne |  |
| 3 | Ogółem (środki wymienione w pkt 1- 2) |  |

3. Uwagi, które mogą mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu Programu :

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

**IV.** Inne wybrane informacje dotyczące zadania.

***1. Zasoby kadrowe przewidywane do realizacji zadań w Programie*** (określenie kompetencji personelu zapewniającego wykonanie zadań w Programie oraz zakres ich obowiązków).

|  |
| --- |
|  |

***2. Zasoby rzeczowe Oferenta*** (wpisać np. lokal, sprzęt, materiały przewidywane do wykorzystania przy realizacji zadań w Programie. Wkład rzeczowy własny należy opisać, ale nie należy go uwzględniać w kosztorysie.)

|  |
| --- |
|  |

1. ***Monitorowanie i ewaluacja Programu***

**......................................................**

**......................................................**

**......................................................**

*........................................................................................................................*

*(podpis i pieczęć osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych*

*do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta****)***

Data ............................

***---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------***

***Adnotacje urzędowe ( Wypełnia organ administracji publicznej.)***

***.........................................................................................................................................................***