*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**
2. **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 i data wpisu do rejestru/ewidencji:

1. **Organ założycielski lub właściciel:**

nr NIP:

 nr REGON:

1. **Adres Orerenta:**

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Ulica i nr:

Telefon:

Fax:

Email:

Strona internetowa – adres:

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 oraz nr telefonu kontaktowego)
3. **Informacje szczegółowe o realizacji Programu.**
	1. Miejsce realizacji Programu.
	2. 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.**
2. 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:** |  |  |  |

1. Wysokość środków przeznaczonych na realizację Programu
2. Wnioskowana kwota dotacji na realizację Programu Polityki Zdrowotnej
3. Środki finansowe własne
4. Ogółem (środki wymienione w pkt 1- 2)
5. Uwagi, które mogą mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu Programu :
6. Inne wybrane informacje dotyczące zadania.
7. **Zasoby kadrowe przewidywane do realizacji zadań w Programie** (określenie kompetencji personelu zapewniającego wykonanie zadań w Programie oraz zakres ich obowiązków).
8. **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.)
9. **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.)***