# **FORMULARZ OFERTOWY**

**na powierzenie realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego w obszarze realizacji programu polityki zdrowotnej pn.** ,,**Razem w walce z osteoporozą – profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy dla mieszkańców Gminy Raków**”**.**

## Dane oferenta(-tów)

* 1. Nazwa: ……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………..……………………………………………………..........................

* 1. Adres siedziby: ………………….…………………………………………………………………………..

………………………………………..……………………………………………………………………….……

* 1. Forma prawna: .................................................................................................................................
  2. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym, w innym rejestrze lub ewidencji: …………................................, data wpisu lub rejestracji: ...............................................
  3. NIP: ……………………….
  4. REGON: ……………………….
  5. Nr księgi rejestrowej Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: …………………………………………………….……….…………………..............................................

………………………………………………………………………………………………………................

* 1. Numer rachunku bankowego: .......................................................................................

nazwa banku: ………………………….………………………….……………………………..

* 1. Nazwa, adres i dane kontaktowe jednostki organizacyjnej bezpośrednio wykonującej zadanie,  
     o którym mowa w ofercie (należy wypełnić, jeżeli zadanie ma być realizowane przez oddział terenowy, placówkę lub inną jednostkę organizacyjną oferenta): …………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………..…………………………………………………..……………………………………………………………………………………....................................
  2. Imiona i nazwiska oraz stanowiska osób upoważnionych do reprezentowania oferenta wobec organu administracji publicznej, wraz z przytoczeniem podstawy prawnej: ……………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………...……………………………………………..
  3. Osoby do kontaktu:
     1. imię i nazwisko: ……………………………………………
     2. adres e-mail: ………………………………………………
     3. telefon: …………………………………………….…….…

## Informacje dotyczące sposobu realizacji zadania

* 1. Szczegółowy sposób realizacji zadania:

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

* 1. Zakładany(-ne) cel(e) realizacji zadania:

………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………….

* 1. Opis zakładanych rezultatów realizacji zadania i planowany poziom ich osiągnięcia – Zgodny z przedmiotowym PPZ (należy opisać zakładane rezultaty zadania – czy będą trwałe, w jakim stopniu realizacja zadania przyczyni się do osiągnięcia jego celu oraz wskazać wartość początkową oraz docelową planowanych do osiągnięcia rezultatów, mierniki osiągnięcia planowanych rezultatów powinny być wyrażone w procentach lub liczbowo):

………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………….

* 1. Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania (należy podać terminy rozpoczęcia   
     i zakończenia poszczególnych działań; w przypadku oferty wspólnej obok nazwy działania należy podać nazwę oferenta realizującego dane działanie)[[1]](#footnote-1):

| Lp. | Nazwa działania | Planowany termin realizacji |
| --- | --- | --- |
| 1. | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |
| 2. | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |
| 3. | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |
| 4. | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |
| 5. | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |

* 1. Zasoby kadrowe przewidywane do zaangażowania przy realizacji interwencji dotyczącej szkolenia personelu medycznego (należy opisać kwalifikacje i doświadczenie osób oraz sposób ich zaangażowania w realizację poszczególnych działań, z uwzględnieniem wolontariuszy oraz członków stowarzyszeń świadczących pracę społeczną, bez podawania imion i nazwisk tych osób oraz numerów PESEL)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….

* 1. Dysponowanie odpowiednią bazą lokalową, sprzętem, materiałami – adekwatne do rodzaju zadania w trakcie jego realizacji (należy wskazać m.in. bazę lokalową, sprzęt, materiały itp.)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. Partnerstwo z innymi podmiotami działającymi w obszarze objętym zadaniem (należy wskazać   
     z jakimi podmiotami oferent zamierza współpracować w ramach realizacji zadania. Spełnienie kryterium będzie weryfikowane na podstawie dołączonych do wniosku dokumentów potwierdzających współpracę.)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. Sposób spełnienia wymogów dotyczących zastosowania rozwiązań teleinformatycznych lub innych systemów łączności w ramach edukacji zdrowotnej (należy wskazać zakresy w których zapewniona będzie dostępność wraz ze sposobem jej zapewnienia i propozycją dostępu alternatywnego):

……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* 1. Sposób podjęcia interwencji w zakresie kampanii informacyjno – edukacyjnej.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Kosztorys oraz plan finansowy zadania

Całkowity koszt realizacji zadania nie może przekraczać kwot wskazanych w Programie Polityki Zdrowotnej pn: ,, **Razem w walce z osteoporozą – profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy dla mieszkańców Gminy Raków**”.

Za realizację zadania oferujemy cenę w kwocie łącznej brutto:

**…...................................................... złotych (słownie:…………………………………………………………………….…………………… ….)** w tym podatek VAT.

## Oświadczenia:

* 1. Oświadczam, że w stosunku do ………………………………………………… (nazwa podmiotu) nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
  2. Oświadczam, że nie byłam/-łem karana/-ny zakazem pełnienia funkcji związanych  
     z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłam/-łem karana/-ny za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
  3. Oświadczam, że podmiot - ………………………………………………… (nazwa podmiotu) jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym   
     i rzeczowym. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
  4. Oświadczam, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie  
     z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
  5. Oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w ofercie oraz załącznikach są zgodne  
     z aktualnym stanem prawnym i faktycznym oraz że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą administrowania danymi osobami.
  6. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję jest podatnikiem podatku VAT/nie jest podatnikiem podatku VAT\* oraz figuruje w ewidencji podatników podatku VAT/nie figuruje w ewidencji podatników podatku VAT\* i realizując powyższą operację może odzyskać uiszczony podatek VAT/nie może odzyskać uiszczonego podatku VAT\*.[[2]](#footnote-2)

## Załączniki:

* 1. Aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących;
  2. Pisemne upoważnienie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę – w przypadku, gdy oferta nie zostanie podpisana przez osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu wskazane w odpowiednim rejestrze lub innym dokumencie wskazującym umocowania w tym zakresie (jeżeli dotyczy).

………………………………………………………..

(podpis osoby upoważnionej lub osób upoważnionych do składania oferty)

Data: ……………………………………….

1. W przypadku większej liczby działań istnieje możliwość dodania kolejnych wierszy. [↑](#footnote-ref-1)
2. \* - niepotrzebne skreślić. Jeśli podmiot nie jest podatnikiem podatku VAT należy wskazać podstawę prawną. [↑](#footnote-ref-2)