## FORMULARZ OFERTOWY

dla zadania z zakresu zdrowia publicznego w obszarze ograniczania następstw zdrowotnych spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnieniem od tych substancji w 2021 r.

### Podstawowe informacje o ofercie

* 1. Rodzaj zadania zgodnie z ogłoszeniem konkursowym:

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

* 1. Tytuł zadania: …………………………………………………….…………………………………………

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

* 1. Termin realizacji zadania:
		1. data rozpoczęcia (dd/mm/rrrr)[[1]](#footnote-1): ………………...………………………………………….…………..
		2. data zakończenia (dd/mm/rrrr)[[2]](#footnote-2): ……………………..………………….……………………………..
	2. Miejsce realizacji zadania: ………………….……………………………...………………...…………...

###  Dane oferenta

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

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

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

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

* 1. Forma prawna: .................................................................................................................................
	2. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym, w innym rejestrze lub ewidencji: …………....................., data wpisu lub rejestracji: ...................................................
	3. Nr księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (jeśli dotyczy): ……………….…………………………………
	4. Profil działalności[[3]](#footnote-3) (jeśli dotyczy) ………….………………………………………….………………
	5. NIP: ………………………………………………………………………………………………….……
	6. REGON: ……………………………………………………………………………………………….…
	7. Cel statutowy oferenta lub przedmiot wykonywanej przez oferenta działalności, który dotyczy spraw objętych zadaniami określonymi w art. 2 pkt 2, 3, 5 i 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r.
	o zdrowiu publicznym: ………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………........
	8. Numer rachunku bankowego[[4]](#footnote-4): ...................................................................................................., nazwa banku: ………………………….………………………….………………………………………
	9. 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): ……………………………………

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

* 1. Imiona i nazwiska oraz stanowiska osób upoważnionych do reprezentowania oferenta wobec organu administracji publicznej, wraz z przytoczeniem podstawy prawnej: ……………………………………………….....……….…………………………………………………….….………………………………………………………….………………………………...………………
	2. Osoby do kontaktu:
		1. imię i nazwisko: ……………………………………………
		2. adres e-mail: ………………………………………………
		3. telefon: ……………………………………………………..

###  Dane partnera[[5]](#footnote-5)

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

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

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

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

* 1. Forma prawna: .................................................................................................................................
	2. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym, w innym rejestrze lub ewidencji: …………....................., data wpisu lub rejestracji: ...................................................
	3. Nr księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (jeśli dotyczy): ……………….………………………………………..
	4. Profil działalności[[6]](#footnote-6) (jeśli dotyczy) ………….………………………………………….…………………..
	5. NIP: ………………………………………………………………………………………………….……….
	6. REGON: ……………………………………………………………………………………………….…….

### 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 (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)[[7]](#footnote-7)

| 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 zadania publicznego (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. Rzetelność i terminowość oraz sposób rozliczenia środków na realizację zadań publicznych
	w latach poprzednich (należy krótko opisać realizowane wcześniej projekty – rodzaj zadania, zakres działania, wartość operacji, wskazać podmiot który przyznał środki finansowe. Weryfikacja spełnienia kryterium będzie odbywała się również na podstawie dołączonych opinii
	i rekomendacji podmiotów przyznających środki finansowe)

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

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

* 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. Wielkość obszaru objętego bezpośrednimi działaniami (należy wskazać, które powiaty będą objęte działaniami realizowanymi w ramach zadania)

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

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

* 1. Adekwatność doboru grupy docelowej oraz liczba osób objętych działaniami (należy szczegółowo opisać do jakich grup i w jaki sposób kierowane będą działania oraz wskazanie przybliżonej liczby osób objętych działaniami w ramach zadania)

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

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

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

* 1. Opis wkładu własnego oferenta (należy opisać sposób wyceny niepieniężnego wkładu własnego oferenta, np. sposób wyliczenia stawki godzinowej pracy, wartości towarów i usług wnoszonych jako wkład własny)

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

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

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

* 1. Opis kampanii społecznej (należy wskazać jakie elementy wybranej kampanii społecznej wnioskodawca przewiduje wdrożyć w trakcie realizacji projektu, jeśli oferent przewiduje przeprowadzić kampanię społeczną)

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

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

* 1. Uzasadnienie objęciem działaniami określonej grupy, w przypadku gdy oferta dotyczy rozwoju kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego (należy wskazać zadania i rolę jaką pełni w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego kadra, do której skierowane jest działanie)

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

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

### Kosztorys oraz plan finansowy zadania

**Tabela 1. Kosztorys wykonania zadania[[8]](#footnote-8)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa kosztu | Jedn. Miary | Ilość (liczba) | Koszt jednostkowy | Koszty ogółem | W tym VAT | Wartość finansowania z dotacji | Wartość wkładu własnego oferenta | Numer podmiotu wspólnie wnioskującego (uzupełnić tylko w przypadku, kiedy zadanie realizowane będzie przez więcej niż jednego oferenta) |
| 1. |  Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia |
| 2. |  Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia |
| 3. |  Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia |
| 4. |  Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia |
| 5. |  Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia |  Do uzupełnienia |
| Brak danych | Koszty administracyjne | Brak danych | Brak danych | Brak danych | Brak danych | Brak danych | Brak danych | Brak danych | Brak danych |
| 6. | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |
| 7. | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |
| SUMA | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia | Do uzupełnienia |

**Tabela 2. Plan finansowy zadania**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Koszt całkowity oferty, w tym:
 | zł |
| * 1. Wysokość wkładu własnego oferenta
 | zł |
| * 1. Wysokość wnioskowanych środków
 | zł |
| 1. Koszty administracyjne
 | zł |
| 1. Udział wkładu własnego w stosunku do kosztów całkowitych zadania
 | % |
| 1. Udział kosztów administracyjnych w stosunku do kosztów całkowitych zadania
 | % |

### 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\*.[[9]](#footnote-9)
	7. Jednocześnie oświadczam, że zobowiązuję się do zwrotu zrefundowanego w ramach dofinansowania realizowanego zadania podatku VAT, jeżeli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie przez podmiot ubiegający się o przyznanie dofinansowania tego podatku.

### Załącznik:

* 1. Aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących.
	2. Dokument potwierdzający nawiązanie współpracy pomiędzy oferentem a partnerem (jeżeli dotyczy).

 ………………………………………………………..

(podpis osoby upoważnionej lub osób upoważnionych do składania oferty)

Data: ………………………………………..

1. Data rozpoczęcia realizacji zadania nie może być wcześniejsza niż 15 lipca 2021 r. [↑](#footnote-ref-1)
2. Data zakończenia realizacji zadania nie może być późniejsza niż 15 grudnia 2021 r. [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wykazać, czy w księdze rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą wskazany jest co najmniej jeden kod resortowy znajdujący się w części V. „Kryteriach wyboru ofert” Ogłoszenia o konkursie stanowiącym Załącznik nr 1 do uchwały Zarządu Województwa Mazowieckiego nr 616/224/21 z dnia 27 kwietnia 2021 r. [↑](#footnote-ref-3)
4. Numer rachunku bankowego musi widnieć w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT - https://www.podatki.gov.pl/wykaz-podatnikow-vat-wyszukiwarka. Jeśli podmiot nie ma obowiązku zgłoszenia do ww. rejestru, należy wskazać podstawę prawną. [↑](#footnote-ref-4)
5. wypełnić, jeżeli dotyczy [↑](#footnote-ref-5)
6. Należy wykazać, czy w księdze rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą wskazany jest co najmniej jeden kod resortowy znajdujący się w części V. „Kryteriach wyboru ofert” Ogłoszenia o konkursie stanowiącym Załącznik nr 1 do uchwały Zarządu Województwa Mazowieckiego nr 616/224/21 z dnia 27 kwietnia 2021 r. [↑](#footnote-ref-6)
7. W przypadku większej liczby działań istnieje możliwość dodania kolejnych wierszy. [↑](#footnote-ref-7)
8. W przypadku większej liczby kosztów istnieje możliwość dodania kolejnych wierszy. [↑](#footnote-ref-8)
9. \* - niepotrzebne skreślić. Jeśli podmiot nie jest podatnikiem podatku VAT należy wskazać podstawę prawną. [↑](#footnote-ref-9)