

.....  
( data i miejsce złożenia oferty)

.....  
(pieczęć oferenta)

## **OFERTA**

### **NA REALIZACJĘ ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO**

Konkurs ofert na usługi polegające na przeprowadzeniu badania i wydaniu wspólnej opinii biegłych sądowych (lekarz psychiatra i psycholog albo lekarz psychiatra i specjalista psychoterapii uzależnień), wpisanych na listę biegłych sądowych z zakresu uzależnienia od alkoholu u osób kierowanych przez Gminną Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Chełmie Śląskim w roku 2026.”

.....  
(nazwa zadania publicznego zgodnie z ogłoszeniem konkursowym)

.

okres realizacji od ..... do .....

składana na podstawie przepisów  
ustawy z dnia 11 września 2015 roku  
o zdrowiu publicznym  
(t.j.Dz. U. z 2026 roku, poz. 149 ze zm. )

## I. DANE NA TEMAT OFERENTA

1. Imię i nazwisko biegłego: .....

.....

Dane kontaktowe:

.....

.....

2. Kwalifikacje:

- psycholog: .....

.....

- psychiatra: .....

.....

3. Aktualny wpis na listę biegłych Sądu .....

w ....., z dnia: .....

4. Wskazanie osoby biegłego współdziałającego w wydawaniu opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu:

Imię i nazwisko .....

Dane kontaktowe:

.....

.....

2. Kwalifikacje:

- psycholog: .....

.....

- psychiatra: .....

.....

## **II. SZCZEGÓŁOWY SPOSÓB REALIZACJI ZADANIA**

Charakterystyka zadania , w tym szczegółowy zakres rzeczowy zadania, sposób realizacji zadania ze wskazaniem przyjętych metod i rozwiązań; wskazanie celu, który ma być osiągnięty wskutek realizacji zadania ; wskazanie grup odbiorców, do których zadanie jest adresowane oraz ich liczebność.

## **III. TERMIN I MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA**

#### IV. HARMONOGRAM PLANOWANYCH DZIAŁAŃ W ZAKRESIE REALIZACJI ZADANIA

| LP. | Działanie | Termin realizacji<br>(od dd.mm.rrrr. do dd.mm.rrrr) | Miejsce realizacji<br>poszczególnych zadań | Uwagi |
|-----|-----------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------|
|     |           |                                                     |                                            |       |

#### V. KALKULACJA PRZEWIDYWANYCH KOSZTÓW REALIZACJI ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO.

1. Wysokość wnioskowanych środków :

.....

2. Informacja o wysokości współfinansowania realizacji zadania (jeżeli dotyczy)

.....

3. Wysokość środków na realizację zadania :

| Źródła finansowania                               | zł | %    |
|---------------------------------------------------|----|------|
| Wnioskowana kwota<br>dofinansowania /finansowania |    |      |
| Finansowe środki własne                           |    |      |
| Łączny koszt zadania                              |    | 100% |

4. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów :

| Lp.                    | Rodzaj kosztów | Koszt całkowity zadania (w zł) | Koszt wnioskowanych środków (w zł) | Koszt współfinansowania przez oferenta (w zł) jeżeli dotyczy | Informacje dotyczące liczby i rodzajów wydatków |
|------------------------|----------------|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| KOSZTY MERYTORYCZNE    |                |                                |                                    |                                                              |                                                 |
|                        |                |                                |                                    |                                                              |                                                 |
|                        |                |                                |                                    |                                                              |                                                 |
|                        |                |                                |                                    |                                                              |                                                 |
| KOSZTY ADMINISTRACYJNE |                |                                |                                    |                                                              |                                                 |
|                        |                |                                |                                    |                                                              |                                                 |
| OGÓŁEM:                |                |                                |                                    |                                                              |                                                 |

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

.....

.....

.....

**VI. INNE WYBRANE INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZACJI ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO**

1. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu dotycząca realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego (dotychczasowe doświadczenie oferenta ze wskazaniem zadań realizowanych we współpracy z administracją publiczną):

2. Informacja o zasobach kadrowych oferenta przewidywanych do wykorzystania przy realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego, wykształceniu, kwalifikacjach, kompetencjach i zakresie obowiązków osób biorących udział w realizacji zadania :

3. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych oferenta zapewniających wykonanie zadania( np. lokal , sprzęt , materiały, itp.) :

**Oświadczenia oferenta:**

Oświadczam (-y), że:

1. Zapoznałem/łam/liśmy się z ogłoszeniem o konkursie ofert.
2. Zapoznałem/łam/liśmy się z ustawą z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (t.j.Dz. U. z 2026 roku poz. 149) .
3. Spełniam/y warunki podmiotowe wskazane w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (t.j.Dz.U. z 2026 roku poz. 149)

4. Wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

**Załączniki:**

- aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących,
- **oświadczenie** potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków finansowych\*,
- **oświadczenie** osoby/osób uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe\*,
- **oświadczenie**, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązaniu się oferenta do utrzymania ww. rachunku do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym\*,
- **oświadczenie** osoby/osób uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą, i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł\*.
- Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, wymagane do wykonywania oferowanej pracy (min. certyfikaty, ukończone szkolenia, kursy) lub ich odpisy.
- Inne dokumenty: .....

\* **Pouczenie** : Składający oświadczenia jest obowiązany do zawarcia w nich klauzuli następującej treści : „**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** ”.

Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań – podstawa art.17 ust.4 ustawy z dnia 11 września 2015r. o zdrowiu publicznym (t.j.Dz. U. z 2024 roku poz. 1670 ze zm.)

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych  
do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)