

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

.....
(pieczęć oferenta)

OFERTA
NA REALIZACJĘ ZADANIA
Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

.....
(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)

I. DANE NA TEMAT OFERENTA

1. Pełna nazwa podmiotu składającego ofertę:.....

.....
2. Dokładny adres: (miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr budynku)

.....

.....

telefon: fax:

e-mail: http://
3. Forma prawna:
4. Numer wpisu do rejestru sądowego lub innego rejestru/ewidencji:

.....
5. Data wpisu , rejestracji lub utworzenia :.....
6. Nr NIP:
7. Nr Regon:.....
8. Nazwa banku i nr rachunku:

.....
9. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy na realizację zadania publicznego:

.....

.....
10. Osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty
(imię i nazwisko, funkcja oraz nr telefonu kontaktowego):

.....

.....
11. Przedmiot działalności statutowej : działalność odpłatna ☐

działalność nieodpłatna ☐
- 12.Jeżeli wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą:

a) numer wpisu w rejestrze przedsiębiorców

b) przedmiot działalności gospodarczej

II. SZCZEGÓŁOWY SPOSÓB REALIZACJI ZADANIA

1. 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.

2. Jakie zadania z zakresu ustawy o zdrowiu publicznym dotyczy planowane działanie, o którego finansowanie podmiot się ubiega.

III. TERMIN I MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

--

IV. HARMONOGRAM PLANOWANYCH DZIAŁAŃ W ZAKRESIE REALIZACJI ZADANIA

LP.	Działanie	Termin realizacji (od dd.mm.rrrr. do dd.mm.rrrr)	Miejsce realizacji 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 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 2024 roku poz. 1670 ze zm.) .
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 2024 roku poz. 1670 ze zm.)
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) lu 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)