Załącznik Nr 2 do uchwały Nr 188/47//25
Zarządu Powiatu Pszczyńskiego
z dnia 11 lutego 2025 r.

# Oferta na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego składana zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1670).

(pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta)

*(miejscowość i data)*

**Wypełnia przyjmujący ofertę:**

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu oferty: |  |
| Numer oferty: |  |

**Wypełnia Oferent:**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Oferenta zgodna z właściwym rejestrem lub dokumentem założycielskim: |  |
| Forma prawna: |  |
| Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym, w innym rejestrze lub ewidencji: |  |
| Data wpisu, rejestracji lub utworzenia: |  |
| Przedmiot działalności statutowej: |  |
| Numer wpisu w rejestrze przedsiębiorców oraz przedmiot działalności gospodarczej - jeżeli oferent prowadzi działalność gospodarczą: |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Adres siedziby (miejscowość, ulica, nr budynku, kod pocztowy) |  |
| Adres do korespondencji (wypełnić jeśli jest inny niż adres siedziby): |  |
| Numer telefonu: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do doręczeń elektronicznych (ADE): |  |
| Adres strony www: |  |
| Nazwa banku: |  |
| Numer rachunku bankowego: |  |
| Nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisania umowy oraz podejmowania innych wiążących decyzji w imieniu Oferenta: |  |
| Nazwiska, imiona oraz numery telefonów kontaktowych osób upoważnionych do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących wniosku: |  |

**Informacje o ofercie:**

1. **Tematyka zadania – proszę wybrać jedno pole i zaznaczyć X:**

|  |  |
| --- | --- |
| Wsparcie pozalekcyjnych form aktywizacji fizycznej dzieci i młodzieży |  |
| Działania edukacyjne skierowane do pacjentów z cukrzycą oraz ich rodzin i opiekunów. |  |
| Zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP. |  |
| Promocja zdrowia psychicznego |  |
| Podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą oraz wzmocnienie zdrowia pracujących. |  |
| Kreowanie postaw prozdrowotnych oddziałujących na zdrowie prokreacyjne oraz podnoszenie kompetencji kadr medycznych w zakresie zdrowia prokreacyjnego. |  |
| Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych. |  |
| Edukacja ukierunkowana na profilaktykę problemów zdrowotnych występujących u osób starszych, w szczególności w zakresie urazów i prewencji upadków oraz zasad unikania skutków polipragmazji. |  |

1. **Nazwa zadania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Szczegółowy sposób realizacji zadania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Termin realizacji zadania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Miejsce realizacji zadania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Harmonogram poszczególnych działań w zakresie realizacji zadania:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wykaz działań: | Termin: | Miejsce: | Uwagi: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Informacja o wysokości wnioskowanych środków:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Informacja o wcześniejszej działalności Oferenta w zakresie zadań z zakresu zdrowia publicznego:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych zapewniających wykonanie zadania:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Informacja o posiadanym zasobie kadrowym i kompetencjach osób zapewniających wykonanie zadania, a także o zakresie obowiązków tych osób:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko: | Posiadane stopnie, kwalifikacje i uprawnienia: | Zakres obowiązków: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Informacja o wysokości środków przeznaczonych na realizację zadania:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | zł | % |
| Wnioskowana kwota: |  |  |
| Własny wkład osobowy: |  |  |
| Własny wkład rzeczowy: |  |  |
| Własny wkład finansowy: |  |  |
| Inne środki publiczne (np. dotacja gminna): |  |  |
| Łączny koszt zadania: |  | 100% |

1. **Kosztorys wykonania zadania, z uwzględnieniem kosztów administracyjnych:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj kosztów: | Koszt całkowity (w zł): | Wnioskowana kwota finansowania /dofinansowania (w zł): | Własny wkład osobowy/rzeczowy/finansowy (w zł): | Inne środki publiczne (w zł)/ podać źródło | Uwagi: |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **Wykaz załączników do oferty:**

1. aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących (podmioty zarejestrowane w Starostwie Powiatowym w Pszczynie oraz w KRS powinny złożyć sam statut);

2. załącznik nr 3 do Uchwały Nr 188/47/25 Zarządu Powiatu Pszczyńskiego z dnia 11 lutego 2025 r. w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego na rzecz mieszkańców Powiatu Pszczyńskiego w 2025 r. zawierający:

1. oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
2. oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi;
3. oświadczenie o niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
4. oświadczenie, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zastaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym;
5. oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentacji 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.

**Pouczenie:**

1. Wzór oferty nie może zostać zmodyfikowany przez Oferenta poprzez usuwanie lub dodawanie pól.
2. Poszczególne pola mogą zostać dowolnie rozszerzane.
3. Wszystkie pola oferty należy czytelnie wypełnić.
4. W polach, które nie odnoszą się do Oferenta należy wpisać „nie dotyczy”.
5. Jakiekolwiek kserokopie dokumentów powinny zostać poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.
6. Załączniki do formularza ofertowego winny być zgodne z ogłoszeniem o konkursie ofert.