

**Załącznik nr 1**

…………………………………

Data i miejsce złożenia oferty

(wypełnia organ administracji publicznej)

…………………………………

(pieczęć Oferenta)

**Oferta\* / Korekta Oferty\*** (niepotrzebne skreślić)

**o dofinansowanie realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego pn.: „Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, mających na celu zwiększenie świadomości na temat zachowań szkodliwych dla zdrowia i kształtujących prozdrowotny styl życia wraz z możliwością uzyskania wsparcia psychologicznego”.**

**Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych   
dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2018-2022 i Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2020-2024**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa własna zadania: |  |
| Koszt całkowity projektu: |  |
| Wnioskowana kwota dofinansowania: |  |

1. **Informacje ogólne[[1]](#footnote-1)**
2. **Podmiot wnioskujący**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa podmiotu**[[2]](#footnote-2)**: | |  | | | | |
| Forma prawna: | |  | | | | |
| Numer w KRS, w innym  Rejestrze lub ewidencji **[[3]](#footnote-3)**: | | |  | | | |
| Data wpisu, rejestracji lub utworzenia | | | |  | | |
| NIP: |  | | | | REGON: |  |

Adres siedziby:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość |  | ul.: |  |
| województwo: |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| kod pocztowy: |  | poczta: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| tel.: |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| e-mail: |  | http:// |  |

Adres do korespondencji **[[4]](#footnote-4)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość |  | ul.: |  |
| województwo: |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| kod pocztowy: |  | poczta: |  |

1. **Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu wraz z podaniem pełnionej funkcji i/lub pełnomocnictwa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  | Funkcja: |  |
| Imię i nazwisko: |  | Funkcja: |  |
| Imię i nazwisko: |  | Funkcja: |  |
| Imię i nazwisko: |  | Funkcja: |  |

1. **Osoba(-y) upoważniona(-e) do składania wyjaśnień dotyczących oferty**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko: | |  | | stanowisko: | |  |
| nr tel.: |  | | e-mail: | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko: | |  | | stanowisko: | |  |
| nr tel.: |  | | e-mail: | |  | | |

1. **Koncepcja planowanych działań**
2. **Ogólne założenia**

|  |
| --- |
|  |

1. **Sposób realizacji projektu.**

|  |
| --- |
|  |

1. **Termin i miejsce realizacji projektu oraz informacja o uczestnikach projektu.**

|  |
| --- |
|  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa działania [[5]](#footnote-5)** | **Termin realizacji (od-do)** | **Termin poniesienia wydatków** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

1. **Przewidywana kalkulacja kosztów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa działania wraz ze sposobem kalkulacji (częstotliwość, liczba)** | **Ilość**  **jednostek** | **Rodzaj miary** | **Koszt jedn.** | **Koszt całkowity  w zł** | **Koszt wnioskowany  w zł** | **Finansowe środki własne  i z innych źródeł** | **Podatek od towarów i usług**  **TAK / NIE [[6]](#footnote-6)** |
| **A** | **Edukacja zdrowotna w zakresie szkód wynikających z używania substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki)** | | | | | | | |
| Koszty po stronie (nazwa oferenta): ……………………… | |  |  |  |  |  |  |  |
| **I.** | *Działanie ……………………………………………………..……………….* | | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II.** | *Działanie ……………………………………………………..……………….* | | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **III.** | *Działanie ……………………………………………………..……………….* | | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IV.** | *Działanie ……………………………………………………..……………….* | | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |
| **B** | **Wydatki administracyjne / organizacyjne** | | | | | | | |
| Koszty po stronie (nazwa oferenta): ……………………… | |  |  |  |  |  |  |  |
| **I.** | *Działanie ……………………………………………………..……………….* | | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II.** | *Działanie ……………………………………………………..……………….* | | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |
| **D** | Planowane koszty poszczególnych oferentów**[[7]](#footnote-7)** | *Nazwa oferenta 1) …………………:* | | |  |  |  |  |
| *Nazwa oferenta 2) …………………:* | | |  |  |  |  |
| **Ogółem:** | | | | |  |  |  |  |

1. **Przewidywane źródła finansowania zadania publicznego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa źródła** | | **Wartość** |
| **1** | **Koszt całkowity zadania** | | **zł** |
| **2** | **Wnioskowana kwota dotacji** | | **zł** |
| **3** | **Inne środki finansowe ogółem:** (należy zsumować środki finansowe wymienione w pkt 3.1–3.3) **[[8]](#footnote-8)** | | **zł** |
| **3.1** | **Środki finansowe własne** | **zł** |
| **3.2** | **Środki finansowe z innych źródeł** | **zł** |
| Nazwa podmiotu (-ów):  ……………………………………………………………………………………, ……………… zł  ……………………………………………………………………………………, ……………… zł  ……………………………………………………………………………………, ……………… zł |
| **3.3** | **Pozostałe** | **zł** |
| **4** | **Udział innych środków finansowych w stosunku do wnioskowanej kwoty dotacji [[9]](#footnote-9)** | | **%** |

1. **Dodatkowe uwagi do kosztorysu** (jeżeli dotyczy)

|  |
| --- |
|  |

1. **Szczegółowy opis posiadanych zasobów rzeczowych wykorzystywanych do realizacji projektu** (*Należy określić szczegółowo zasoby rzeczowe Oferenta, niezbędne do realizacji zadania, takie jak: lokal, sprzęt, materiały, inne zasoby).*

|  |
| --- |
|  |

1. **Informacja o zasobach kadrowych oferenta – kompetencje i zakres obowiązków kluczowych osób zapewniających prawidłowe wykonanie zadania** *(W przypadku przyjęcia oferty do realizacji zmiany realizatorów mogą być dokonywane wyłącznie po pisemnym zgłoszeniu dokonywanych zmian i uzyskaniu akceptacji tej zmiany. Zmiana dotychczasowego realizatora może nastąpić wyłącznie na osobę posiadającą tożsame lub zbliżone kwalifikacje).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres obowiązków  i sposób zaangażowania przy realizacji wniosku** | **Kompetencje i doświadczenie  w wykonywaniu zadań będących przedmiotem konkursu** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |

1. **Dotychczasowe doświadczenie w realizacji przedsięwzięć podobnych do przedmiotu zadania**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rok realizacji** | **Nazwa projektu / zlecenia** | **Wysokość otrzymanego dofinansowania / wartość zlecenia (usługi)** | **Źródło finansowania projektu** | **Krótki opis projektu / zlecenia** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |

1. **Inne informacje, które mogą mieć znaczenie przy ocenie oferty**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………  Pieczęć Oferenta | ……………………………………………………………….  Data i podpis osoby/osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta |

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowaniu osób go reprezentujących.
2. Oświadczenie w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 6 pkt. 2-5, w związku z art. 17 ust. 4 ustawy o zdrowiu publicznym zgodnie ze wzorem określonym w załączniku do ogłoszenia.
3. Oświadczenie o kwalifikowalności VAT zgodnie ze wzorem określonym w załączniku do ogłoszenia.
4. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych
5. Inne – wskazać jakie: ………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Oferent:** | Urząd Marszałkowski  Województwa Wielkopolskiego  Departament Zdrowia  al. Niepodległości 34  **61-714 Poznań** |
| ………………………………………………  (pełna nazwa/firma, adres, w zależności  od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)  reprezentowany przez:  …………………………………………………  imię, nazwisko, stanowisko/podstawa  do reprezentacji | ………………………  (miejsce i data) |

**Oświadczenia Oferenta** **[[10]](#footnote-10)**

składane na potrzeby konkursu o udzielenie dofinansowania na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego na podstawie art. 15 ust. 6 pkt 2-5 w zw. z art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2019 r. poz. 2365 ze zm.).

Oświadczam, że:

1. w stosunku do …………………………………… (wpisać nazwę podmiotu składającego ofertę) nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
2. nie byłem(am) karany(a) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz nie orzeczono wobec mnie zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi;
3. …………………………………………………… (wpisać nazwę podmiotu składającego wniosek) 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;
4. kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł;
5. ………………………………….. (wpisać nazwę podmiotu składającego wniosek) jest podmiotem uprawnionym do składania wniosków w konkursie zgodnie **z pkt VII Ogłoszenia** o konkursie tj. podmiotem, którego cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego określonymi w art. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym;

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………………

podpis osoby/osób upoważnionych

do reprezentacji oferenta

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………  pieczęć oferenta | ……………………………  miejsce i data |

**OŚWIADCZENIE O KWALIFIKOWALNOŚCI PODATKU OD TOWARÓW I USŁUG[[11]](#footnote-11)**

………………………………………………………………………….., w związku z ubieganiem się o dofinansowanie

(*nazwa i adres oferenta)*

realizacji zadania publicznego pod tytułem: „Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, mających na celu zwiększenie świadomości na temat zachowań szkodliwych dla zdrowia i kształtujących prozdrowotny styl życia” - ……………………………………….

(nazwa własna)

oświadcza, że **[[12]](#footnote-12)**:

nie jest płatnikiem podatku VAT

jest płatnikiem podatku VAT i jednocześnie oświadcza, iż realizując wskazane w ofercie zadanie publiczne nie możeodzyskać w żaden sposób poniesionego kosztu podatku od towarów i usług, którego wysokość została zawarta w kosztorysie realizacji zadania.

Jednocześnie*..................................................................................................................* zobowiązuje się

*(nazwa oferenta)*

do zwrotu kwoty podatku od towarów i usług, w części wydatkowanej z udzielonej dotacji, jeżeli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie tego podatku**[[13]](#footnote-13)**.

*......................................................................................................................................* zobowiązuje się

*(nazwa oferenta)*

również do udostępniania dokumentacji finansowo-księgowej oraz udzielania uprawnionym organom kontrolnym, bądź osobom upoważnionym przez Zleceniodawcę, informacji umożliwiających weryfikację kwalifikowalności podatku od towarów i usług.

………………………………………..…

Podpis osoby/osób upoważnionych

do reprezentacji oferenta

Szanowni Państwo, w związku z przetwarzaniem danych osobowych zawartych w ofercie o dofinansowanie realizacji zadania informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Marszałek Województwa z siedzibą Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań.
2. Państwa dane osobowe są przetwarzane w celach niezbędnych do rozpatrzenia oferty o dofinansowanie realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego pn. „Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, mających na celu zwiększenie świadomości na temat zachowań szkodliwych dla zdrowia i kształtujących prozdrowotny styl życia”, i rozstrzygnięcia powyższego konkursu, jak również w celach archiwalnych.
3. Państwa dane osobowe przetwarzamy w związku z wypełnieniem obowiązku prawnego ciążącym na administratorze.
4. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem ochrony danych osobowych, Departament Organizacyjny i Kadr, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, e-mail: [inspektor.ochrony@umww.pl](mailto:inspektor.ochrony@umww.pl).
5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres 10 lat licząc od roku następnego, w którym rozstrzygnięto niniejszy konkurs, zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną.
6. Podanie danych osobowych jest warunkiem ustawowym a ich niepodanie skutkuje brakiem możliwości udziału w zadaniu zgłoszonym na konkurs o którym mowa w pkt 2.
7. Przysługuje Państwu prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;
8. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
9. Państwa dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany w celu podjęcia jakiejkolwiek decyzji.

**Oświadczam, iż zapoznałem(-ałam) się z powyższymi zasadami przetwarzania danych osobowych**

|  |  |
| --- | --- |
| …...…………………………........... roku  (miejsce i data złożenia oświadczenia) | …….…...………...…………………...........  (czytelnie imię i nazwisko, funkcja właściciela danych osobowych)\* |

\* każda osoba, której dane będą przetwarzane w ramach niniejszego naboru wniosków winna złożyć osobne oświadczenie

1. W przypadku składania oferty wspólnej każdy z podmiotów zobowiązany jest do wypełnienia odrębnie tej części oferty. [↑](#footnote-ref-1)
2. Pełna nazwa oferenta zgodna z właściwym rejestrem lub dokumentem założycielskim [↑](#footnote-ref-2)
3. Wskazać rodzaj rejestru (nie dotyczy jst) [↑](#footnote-ref-3)
4. Wypełnić gdy różni się od adresu siedziby podmiotu, w przeciwnym wypadku wpisać „nie dotyczy” [↑](#footnote-ref-4)
5. Nazwa działania winna odpowiadać działaniom wskazanym w pkt I.5 (Przewidywana kalkulacja kosztów) [↑](#footnote-ref-5)
6. Dotyczy kwalifikowalności podatku od towarów i usług. Oferenci, którzy nie mają prawnej możliwości odzyskania lub rozliczenia podatku VAT od towarów i usług związanych z realizacją zadania (dla których podatek VAT jest kosztem), sporządzają kosztorysy w kwotach brutto (łącznie z podatkiem VAT). Oferenci, którzy mają możliwość odzyskania lub rozliczenia podatku VAT od towarów i usług związanych z realizacją zadania (w całości lub w części) — sporządzają kosztorysy w kwotach netto (tj. nie uwzględniają w nich kwot podatku VAT, które będą podlegały odzyskaniu lub rozliczeniu). Możliwość odzyskania podatku VAT rozpatruje się w świetle przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.

   Należy zaznaczyć TAK, jeżeli dany koszt zawiera podatek od towarów i usług. [↑](#footnote-ref-6)
7. Dotyczy oferty wspólnej. W przypadku większej liczby oferentów istnieje możliwość dodawania kolejnych wierszy [↑](#footnote-ref-7)
8. Jeżeli nie dotyczy wpisać „0” [↑](#footnote-ref-8)
9. Procentowy udział innych środków finansowych, w stosunku do otrzymanej kwoty dotacji należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. [↑](#footnote-ref-9)
10. Oświadczenie jest składane przez osobę uprawnioną do reprezentowania podmiotu składającego ofertę [↑](#footnote-ref-10)
11. Oświadczenie może być modyfikowane w przypadku gdy oferent kwalifikuje podatek od towarów i usług wyłącznie w odniesieniu do poszczególnych kategorii wydatków. [↑](#footnote-ref-11)
12. Zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-12)
13. Por. z art. 91 ust. 7 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług [↑](#footnote-ref-13)