

**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 ograniczających zagrożenia i szkody dla zdrowia fizycznego
i psychicznego”**

|  |  |
| --- | --- |
| Koszt całkowity projektu: |  |
| Wnioskowana kwota: |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podmiotu**[[2]](#footnote-2)**: |  |
| Forma prawna: |  |
| Numer w KRS, w innymRejestrze 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. **Opis założeń i sposobu realizacji projektu**

|  |
| --- |
|  |

1. **Termin i miejsce realizacji projektu**

|  |
| --- |
|  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa działania** | **Termin realizacji** **lub liczba dni realizacji** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

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 [[5]](#footnote-5)** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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) **[[6]](#footnote-6)** |  **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 [[7]](#footnote-7)** | **%** |

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 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.
3. Oświadczenie o kwalifikowalności VAT zgodnie ze wzorem określonym w załączniku do ogłoszenia.
4. Oświadczenie organizatora o posiadaniu kopii dokumentów z Krajowego Rejestru Karnego oraz z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, poświadczających niekaralność kadry zaangażowanej w realizację zadania.
5. Oświadczenie organizatora, że zgłoszony do realizacji program profilaktyczny z zakresu profilaktyki uzależnień (profilaktyki narkomanii, profilaktyki problemów alkoholowych) ujęty został w Systemie rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.
6. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych wskazanych w ofercie.
7. Inne – wskazać jakie: ………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Oferent:** | Urząd Marszałkowski Województwa WielkopolskiegoDepartament Zdrowiaal. 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** **[[8]](#footnote-8)**

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 2021 r. poz. 183 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[[9]](#footnote-9)**

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

(*nazwa i adres oferenta)*

o dofinansowanie realizacji zadania publicznego pn.: **„**Prowadzenie działań ograniczających zagrożenia i szkody dla zdrowia fizycznego i psychicznego”

oświadcza, że **[[10]](#footnote-10)**:

 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**[[11]](#footnote-11)**.

*......................................................................................................................................* 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

**……………………………….**

***(pieczęć oferenta)***

**Oświadczenie**

W związku z realizacją zadania publicznego pn.: „………………………………” informuję, że wszystkie osoby mające pełnić obowiązki związane z wychowaniem, edukacją, leczeniem lub opieką nad dziećmi i młodzieżą nie były karane za umyślne przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu, przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, przestępstwo przeciwko rodzinie i opiece, z wyjątkiem przestępstwa określonego w art. 209 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny, przestępstwo określone w rozdziale 7 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie orzeczono wobec nich zakazu prowadzenia działalności związanej z wychowywaniem, leczeniem, edukacją małoletnich lub opieką nad nimi lub zakazu przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, kontaktowania się z określonymi osobami, zbliżania się do określonych osób lub opuszczania określonego miejsca pobytu bez zgody sądu. Wiedzę powyższą powziąłem w sposób przewidziany w art. 92p pkt 8 ustawy z 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

Ponadto, potwierdzam fakt, iż jako pracodawca i organizator zadania, o którym mowa na wstępie, dochowałem obowiązku sprawdzenia, czy dane zatrudnianych lub dopuszczanych osób do pełnienia obowiązków, o których mowa powyżej, są zamieszczone w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym (RSTPS), zgodnie z art. 21, w związku z art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy z 16 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym.

*(Zgodnie z art. 23 ustawy z 16 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym: każdy to dopuszcza do pracy lub do innej działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem małoletnich lub z opieką nad nimi osobę bez uzyskania informacji, o której mowa w art. 21 ust. 1, lub wiedząc, że dane tej osoby są zamieszczone* w Rejestrze*, podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny nie niższej niż 1000 zł).*

......................, dnia ................... roku

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

 /podpis osoby lub osób upoważnionych/

………………………………………...

( data i miejsce złożenia oświadczenia )

…………………………………………

Pieczęć

OŚWIADCZENIE

organizacja pozarządowa\*/podmiot\*/jednostka organizacyjna\* w okresie od ……. do……. planuje realizować zadanie publiczne pn.: ………….. z zakresu zdrowia publicznego w ramach ogłoszonego uchwałą nr ……../2022 Zarządu Województwa Wielkopolskiego z dnia ……. lutego 2022 r., konkursu pn.: „Prowadzenie działań ograniczających zagrożenia i szkody dla zdrowia fizycznego i psychicznego”

Zaświadcza się, że zgłoszony do dofinansowania program profilaktyczny posiada aktualną
i adekwatną do potrzeb wynikających z ogłoszonego konkursu rekomendację (tj. spełnia standardy uzasadniające do uznania go za program rekomendowany) w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

W ramach ww. zadania organizacja pozarządowa\*/podmiot\*/jednostka organizacyjna\* realizować będzie zagadnienia programu rekomendowanego pn.: …..(tu wpisać nazwę programu), autorstwa: ……

Jego cel jest zbieżny z celem konkursu, ogłoszonego przez Zarząd Województwa Wielkopolskiego, tj.: …………

……….………………………………………………………

(podpis osoby/osób upoważnionych

do reprezentacji oferenta)

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

1. Administratorem danych osobowych jest Województwo Wielkopolskie z siedzibą Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań.
2. Państwa dane osobowe są przetwarzane w celach rozpatrzenia oferty o dofinansowanie realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego pn. „Prowadzenie działań ograniczających zagrożenia i szkody dla zdrowia fizycznego i psychicznego”, zawarcia i rozliczenia umowy, jak również w celach archiwalnych w interesie publicznym.
3. Państwa dane osobowe przetwarzamy:
4. w związku z zawarciem oraz wykonaniem umowy;
5. w związku z wypełnieniem obowiązku prawnego ciążącego na administratorze tj. ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych, ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa , ustawy z dnia 14 lipca 1983 roku o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji zakresu działania archiwów zakładowych.
6. 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 lub poprzez skrytkę ePUAP: /umarszwlkp/SkrytkaESP.
7. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres 5 lat zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną, licząc od roku następnego, w którym zakończono sprawę.
8. Podanie danych osobowych jest warunkiem ustawowym oraz warunkiem zawarcia umowy a ich niepodanie skutkuje brakiem możliwości realizacji celów, dla których są gromadzone.
9. Przysługuje Państwu prawo do usunięcia danych osobowych, w przypadku o którym mowa w pkt. 3a i 6 lub gdy dane są już niepotrzebne do przetwarzania danych.
10. Przysługuje Państwu prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, w przypadku o którym mowa w pkt. 3a i 6;
11. Przysługuje Państwu prawo do przenoszenia danych, w przypadku o którym mowa w pkt. 3a oraz 6 i gdy dane te są przetwarzane w sposób zautomatyzowany;
12. Przysługuje Państwu prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;
13. Przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w związku z Państwa sytuacją szczególną w przypadku o którym mowa w pkt 3b lub sprawowania władzy publicznej.
14. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
15. Dane osobowe będą ujawnianie:

a) komisji konkursowej;

b) podmiotom świadczącym usługi na rzecz administratora danych na podstawie zawartych umów dotyczących: serwisu i wsparcia systemów informatycznych, utylizacji dokumentacji niearchiwalnej, przekazywania przesyłek pocztowych.

1. Państwa dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany w celu podjęcia jakiejkolwiek decyzji oraz profilowania.
2. Dane osobowe nie są przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy oraz do organizacji międzynarodowych.

………………………………………………

(data i podpis właściciela danych osobowych)

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 [↑](#footnote-ref-3)
4. Wypełnić gdy różni się od adresu siedziby podmiotu, w przeciwnym wypadku wpisać „nie dotyczy” [↑](#footnote-ref-4)
5. Dotyczy kwalifikowalności podatku od towarów i usług – wydatki w ramach realizacji oferty mogą obejmować koszty podatku od towarów i usług (VAT) tylko wtedy, gdy realizator zadania ich nie odzyska [↑](#footnote-ref-5)
6. Jeżeli nie dotyczy wpisać „0” [↑](#footnote-ref-6)
7. Procentowy udział innych środków finansowych, w stosunku do otrzymanej kwoty dotacji należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. [↑](#footnote-ref-7)
8. Oświadczenie jest składane przez osobę uprawnioną do reprezentowania podmiotu składającego ofertę [↑](#footnote-ref-8)
9. Oświadczenie może być modyfikowane w przypadku gdy oferent kwalifikuje podatek od towarów i usług wyłącznie w odniesieniu do poszczególnych kategorii wydatków. [↑](#footnote-ref-9)
10. Zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-10)
11. Por. z art. 91 ust. 7 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług [↑](#footnote-ref-11)