****

**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 Z ZAKRESU EDUKACJI ZDROWOTNEJ, MAJĄCYCH NA CELU ZWIĘKSZENIE ŚWIADOMOŚCI NA TEMAT CZYNNIKÓW RYZYKA ZDROWOTNEGO, W TYM UZALEŻNIEŃ, ORAZ KSZTAŁTOWANIE PROZDROWOTNYCH POSTAW I ZACHOWAŃ”**

**Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2022 – 2026**

**Polityka zdrowotna Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021 – 2030**

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

1. **Informacje ogólne**
2. **Podmiot wnioskujący**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podmiotu**[[1]](#footnote-1)**: |  |
| Forma prawna: |  |
| Numer w KRS, w innymRejestrze lub ewidencji **[[2]](#footnote-2)**: |  |
| Data wpisu, rejestracji lub utworzenia |  |
| NIP: |  | REGON: |  |

Adres siedziby:

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

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

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

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

Adres do korespondencji **[[3]](#footnote-3)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 [[4]](#footnote-4)** | **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 [[5]](#footnote-5)** |
| **A** | **rozdziału 85153 i 85154 - Ograniczanie następstw uzależnień** |
| Koszty po stronie (nazwa oferenta): ……………………… |  |  |  |  |  |  |  |
| **I.** | *Działanie* ***[[6]](#footnote-6)*** *……………………………………………………..……………….* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II.** | *Działanie ……………………………………………………..……………….* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **III.** | *Działanie ……………………………………………………..……………….* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IV.** | *Działanie ……………………………………………………..……………….* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |  |  |
| **B** | **rozdziału 85149 85153 i 85154 – Inne choroby cywilizacyjne** |
| 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:** |  |  |  |  |
| **C** | **Wydatki administracyjne / organizacyjne** |
| Koszty po stronie (nazwa oferenta): ……………………… |  |  |  |  |  |  |  |
| **I.** | *Działanie ……………………………………………………..……………….* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II.** | *Działanie ……………………………………………………..……………….* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |  |  |

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)  |  **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 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, w tym ukończone studia, kursy itp.** |
| **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. Klauzule informacyjne dotyczące przetwarzania danych osobowych
5. Oświadczenie o posiadaniu kopii dokumentów z KRK oraz RSPTS, zgodnie z treścią pkt VIII.10 Ogłoszenia konkursowego
6. Inne – wskazać jakie: ………………………………………………………………………………………………………………………
1. Pełna nazwa oferenta zgodna z właściwym rejestrem lub dokumentem założycielskim [↑](#footnote-ref-1)
2. Wskazać rodzaj rejestru (nie dotyczy jst) [↑](#footnote-ref-2)
3. Wypełnić gdy różni się od adresu siedziby podmiotu, w przeciwnym wypadku wpisać „nie dotyczy” [↑](#footnote-ref-3)
4. Nazwa działania winna odpowiadać działaniom wskazanym w pkt I.5 (Przewidywana kalkulacja kosztów) [↑](#footnote-ref-4)
5. Kwalifikowalność podatku VAT: Oferenci zobowiązani są do sporządzania kosztorysu zgodnie z ich statusem podatkowym w zakresie podatku od towarów i usług (VAT). Jeśli oferent nie ma możliwości odzyskania podatku VAT (tj. VAT jest dla niego realnym kosztem) – wówczas koszty należy podawać w kwotach brutto (z VAT). Jeśli oferent ma możliwość odzyskania podatku VAT (w całości lub w części) – wówczas koszty należy podawać w kwotach netto (bez VAT, który podlega odzyskaniu). W kolumnie dotyczącej podatku VAT w kosztorysie należy oznaczyć: TAK – jeśli dana pozycja kosztowa zawiera VAT (czyli jest kosztem brutto), NIE– jeśli VAT nie stanowi kosztu (czyli koszt jest netto). Ocena kwalifikowalności VAT odbywa się na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług. [↑](#footnote-ref-5)
6. Nazwa winna być zbieżna z działaniami wykazanymi w pkt I.4 oferty (Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania) [↑](#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)