Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 2/2024   
z dn. 04.02.2024 r. w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na realizację zadań publicznych z zakresu profilaktyki   
i rozwiazywania problemów alkoholowych

oraz przeciwdziałania narkomanii w 2024 r.

.............................................. …………...........................

pieczęć organizacji data i miejsce złożenia oferty

pozarządowej/ podmiotu /

**OFERTA**

**organizacji pozarządowej/ podmiotu/ o których mowa w art. 3. ust 2. ustawy**

**z dnia 11 września 2015r. o zdrowiu publicznym** (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1608 z późn. zm.)

**realizacji zadania publicznego**

…...............................................................................

(nazwa zadania, zgodnie z § 3 zarządzenia)

w okresie od ................. do ......................

składana na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 r.   
o zdrowiu publicznym

(t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1608 z późn. zm.).

w formie

**wsparcia/powierzenia\* realizacji zadania**

przez

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

(nazwa organu zlecającego)

wraz z

**wnioskiem o przyznanie środków finansowych ze środków**

**publicznych**

**w kwocie** ....................

**I. Dane na temat organizacji pozarządowej / podmiotu /.**

1. pełna nazwa ...........................................................................................................................
2. forma prawna ..............................................................................................................................
3. numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub w innym rejestrze ….........................................
4. data wpisu, rejestracji lub utworzenia ....................................................................................
5. nr NIP ....................................................... nr REGON ..........................................................
6. adres siedziby: ul. .........................................................................nr…………….

kod pocztowy ...................................................... miejscowość ..........................................

1. tel. ......................................... faks .................................................

e-mail: .................................... http:// ...............................................

1. nazwa banku i numer rachunku .............................................................................................
2. nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy o wykonanie zadania publicznego……………………………………………...................................................................................................................................................................................................................
3. nazwa, adres i telefon kontaktowy podmiotu wykonującego zadanie, o którym mowa   
    w ofercie………………………………………………………………………………………
4. osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty   
   (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego)  
   …………………………………………………………………………………………
5. cele statutowe lub przedmiot działalności dot. spraw objętych zadaniami zgodnie   
   z art. 2 ustawy o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1608 z późn. zm.).

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

**II. Realizacja zadania publicznego:**

1. Szczegółowy sposób realizacji zadania:

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

2. Termin i miejsce realizacji zadania;

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

3. Zakładane cele realizacji zadania:……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

4. Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania (z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia) wraz z liczbowym określeniem skali działań planowanych przy realizacji zadania (należy użyć miar adekwatnych dla danego zadania, np. liczba świadczeń udzielanych tygodniowo, miesięcznie, liczba adresatów);

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Działania | Termin | Miejsce | Uwagi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

5. Informacja o wysokości wnioskowanych środków /spójna z kosztorysem;

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

6. Informacja o wysokości współfinansowania zadania (jeżeli dotyczy);

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

7. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, w zakresie zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert;

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

8. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych (np. lokal, sprzęt, materiały) oraz zasobie kadrowym i kompetencjach osób zapewniających wykonanie zadania, a także o zakresie obowiązków tych osób;

1. zasoby rzeczowe przewidziane do realizacji zadania (np. lokal, sprzęt, materiały):

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

1. kadry przewidziane do realizacji zadania:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Posiadane stopnie, kwalifikacje i uprawnienia** | **Zakres obowiązków** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**III. Informacja o wysokości środków przeznaczonych na realizację zadania oraz kosztorys wykonania zadania, w szczególności uwzględniający koszty administracyjne.**

1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztów**  **związanych z realizacją zadania** | **Liczba jednostek** | **Koszt**  **jednostkowy** | **Rodzaj**  **miary** | **Koszt**  **całkowity**  **w zł** | **Z tego z**  **dotacji  w zł** | **Z tego z wkładu osobowego** | **Z tego z**  **finansowych**  **środków**  **własnych i  innych źródeł** |
| 1 | Koszty administracyjne:  w tym:  -  -  - |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Koszty merytoryczne: |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Inne |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem** |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

1. Wysokość środków na realizację zadania:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Źródła finansowania** | **zł** | **%** |
| 1. Wnioskowana kwota dotacji |  |  |
| 1. Finansowe środki własne. |  |  |
| 1. Środki z innych źródeł publicznych   w tym wpłaty i opłaty adresatów zadania |  |  |
| 1. Wkład osobowy (praca społeczna członków, świadczenia wolontariuszy) |  |  |
| **Łączny koszt zadania** |  | **100%** |

**Załączniki:**

1. aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących;
2. **oświadczenie** potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;\*
3. **oświadczenie** osoby 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;\*
4. **oświadczenie**, że podmiot składający ofertę 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;\*
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\*
6. Program profilaktyczno-terapeutyczny (opis działań terapeutycznych   
   i profilaktycznych realizowanych w trakcie zadania);
7. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje osób, przy których udziale realizowane będzie zadanie publiczne.

(pieczęć wnioskodawcy)

…………………………………………………………………………………………………...

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

**\*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 2015 r.   
o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1608 z późn. zm).

(\*niepotrzebne skreślić)

………………………… …………….. , dnia ...............................

pieczęć podmiotu

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Przystępując do konkursu ofert na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego   
z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w roku 2023 oraz składając ofertę na realizację zadania publicznego w okresie od ........................ do ......................... pod tytułem........................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………..

oferent oświadcza, że:

1. w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego   
   z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
2. korzystam z pełni praw publicznych i nie byłam(em) karana(y) za przestępstwo popełnione umyślnie w tym przestępstwo skarbowe oraz zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi,
3. podmiot składający ofertę 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 realizacje zadania zgodnie z ofertą   
    i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……………………………………………………………………………………………………………

(pieczęć wnioskodawcy wraz podpisami osób upoważnionych)