*Załącznik Nr 2 do Zarządzenia nr 0050.772.2021.SS*

*Burmistrza Wadowic z dnia 6 września 2021 roku*

……………………………. ……………………………….. (pieczęć wnioskodawcy) (data i miejsce złożenia oferty)

**O F E R T A**

w konkursie ofert organizowanym przez Burmistrza Wadowic na podstawie art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (t.j. *Dz. U. z 2021, poz.183 z późniejszymi zmianami*) o powierzenie realizacji zadania pod nazwą:

………………...………………………………………………………………………………… (*należy wpisać nazwę zadania określoną w konkursie ofert)*

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

**I. Dane dotyczące wnioskodawcy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Pełna nazwa |  |
| 2 | Forma prawna |  |
| 3 | Numer w KRS lub w innym rejestrze |  |
| 4 | Data wpisu, rejestracji lub utworzenia |  |
| 5 | Nr NIP |  |
| 6 | Nr REGON |  |
| 7 | Adres siedziby: | Miejscowość…………………………….  ul………………………………………...  nr………………………………………...  kod pocztowy…………………………... |
| 8 | Telefon |  |
| 9 | e-mail: |  |
| 10 | http:// |  |
| 11 | Nazwa banku |  |
| 12 | Numer rachunku |  |
| 13 | Nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy |  |
| 14 | Osoba upoważniona do składania wyjaśnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr tel. kontaktowego) |  |
| 15 | Przedmiot działalności statutowej |  |
| 16 | Jeżeli wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą: |  |
| a) Numer wpisu w rejestrze przedsiębiorców |  |
| b) Przedmiot działalności gospodarczej |  |

**II. Szczegółowy sposób realizacji zadania** (planowane działania, przewidywana ilość uczestników, przewidywana liczba udzielonych świadczeń, dostępność świadczeń itp.). Punkt ten musi być zgodny z harmonogramem i kosztorysem.

|  |
| --- |
|  |

**III. Termin i miejsce realizacji zadania**

**…………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………….**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Działanie** | **Termin** | **Miejsce** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |

**V. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, w zakresie zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert:** ………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………

**VI. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych oraz zasobie kadrowym i kompetencjach osób zapewniających wykonanie zadania, a także o zakresie obowiązków tych osób:**

Zasoby rzeczowe przewidziane do realizacji zadania ( potencjał techniczny, ekonomiczny, gabinety diagnostyczne/ zabiegowe itp.): ………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………

Zasoby kadrowe przewidziane do realizacji zadania:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Posiadane kompetencje, stopnie, kwalifikacje i uprawnienia** | **Funkcja i zakres obowiązków** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |

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

1. Wysokość wnioskowanych środków przeznaczonych na realizację zadania: ……………………………….. zł (słowie: ……………………………………..…….).
2. **Kosztorys wykonania zadania, w szczególności uwzględniający koszty administracyjne**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztów** | **Kalkulacja kosztów** | **Koszt całkowity**  **(w zł)** |
|  | **Koszty administracyjne:**  **w tym:** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **II.** | **Koszty merytoryczne (w tym: koszt konsultacji lekarskich\*, badań\*, szczepień\*)** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **III.** | **Pozostałe koszty związane z realizacją zadania:** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **IV.** | **Ogółem (poz. I** + **poz. II+ poz. III)** | |  |

1. **Obliczenie średniego kosztu jednostkowego** wykonania konsultacji lekarskiej\*/ badania\*/szczepienia\*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Szacunkowa ilość konsultacji lekarskich\*/ badań\*/szczepień\*** | **Średni koszt jednostkowy** | **Razem** |
| **1.** |  |  |  |

1. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu: …………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**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

•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

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

•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.

**OŚWIADCZENIE:**

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z warunkami umowy, które stanowiły załącznik nr 4 do zarządzenia ogłaszającego konkurs i przyjmuję warunki w nich zawarte.

…………………………………………………………………………………………………... *(pieczęć wnioskodawcy oraz podpis osoby/osób upoważnionej/nych do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy*

\****niepotrzebne skreślić***

\*\***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. 2021 poz. 183 z późniejszymi zmianami).