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

…………………………….

(pieczęć wnioskodawcy)

**OFERTA**

w konkursie ofert organizowanym przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Olsztynku na podstawie art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1492), o powierzenie zadania realizowanego w ramach **Gminnego Programu** **Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na 2019 rok**, pod nazwą:

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

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

* 1. **Dane dotyczące wnioskodawcy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 | |  |
| **6.** | Nr REGON | |  |
| **7.** | Adres siedziby: | | Miejscowość: ………………………………………………………………………………………………..  ul. ……………………………………………………………………………………………………………  nr ………………..……………………………………………………………………………………………..  kod pocztowy……………………………………………………………………………………………………. |
| **8.** | Tel. | |  |
| **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 i uzupełnień dotyczących wniosku (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego) | |  |
| **15.** | Przedmiot działalności statutowej | |  |
| **16.** | Jeżeli wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą: | | |
| a) Numer wpisu w rejestrze przedsiębiorców |  | |
| b) Przedmiot działalności gospodarczej |  | |

* 1. **Szczegółowy sposób realizacji zadania:**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Termin i miejsce realizacji zadania:**

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa działania** | **Planowany termin realizacji** | **Miejsce** | **Skala działania**  (liczba świadczeń tygodniowo, miesięcznie, liczba odbiorców) |
|  |  |  |  |  |

* 1. **Informacja o wysokości wnioskowanych środków:**

**……………………………………………………………………………**

* 1. **Informacja o wysokości współfinansowania realizacji zadania, (jeżeli dotyczy):**

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

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

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………..

* 1. **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:

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

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

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

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

**Kadry przewidziane do realizacji zadania:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Posiadane stopnie, kwalifikacje i uprawnienia | Zakres obowiązków |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |

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

**Wysokość środków na realizację zadania:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Źródła finansowania** | **zł** | **%** |
| Wnioskowana kwot dofinansowania/finansowania |  |  |
| Finansowe środki własne, w tym: |  |  |
| **Łączny koszt zadania** |  | **100%** |

**Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Rodzaj kosztów** | **Liczba Jednostek** | **Koszt jednostkowy (w zł)** | **Rodzaj miary** | **Koszt całkowity (w zł)** | **Z tego ze środków otrzymanych (w zł)** | **Z tego z finansowych środków własnych (w zł)** | **Numer działania zgodnie z harmonogramem** |
| **1** | Koszty merytoryczne  w tym  -  -  -  - |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Koszty administracyjne  w tym  -  -  - |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Inne koszty:  -  - |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:**

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

**Oświadczenia**

**Oświadczam**, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.

**Oświadczam, że nie jestem** karany/a zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

**Oświadczam**, 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.

**Oświadczam**, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

Odnosząc się do wyżej złożonych oświadczeń stwierdzam, że:

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

(pieczęć wnioskodawcy)

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

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

**Załączniki:**

1. aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących,
2. **statut podmiotu lub inny dokument potwierdzający przedmiot działalności wnioskodawcy w zakresie spraw objętych zadaniami z art. 2 ustawy o zdrowiu publicznym.**