#### Załącznik Nr 1 do Ogłoszenia konkursu ofert na powierzenie w roku 2025 realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego pod nazwą „Marszałkowskie Dni Dla Zdrowia w Województwie Opolskim”

**OFERTA/AKTUALIZACJA OFERTY**

**na powierzenie realizacji zadania w zakresie zdrowia publicznego składana w trybie określonym
w art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym**

 Pouczenie, co do sposobu wypełniania oferty:

1) ofertę należy wypełnić wyłącznie w białych pustych polach, zgodnie z instrukcjami umieszonymi przy poszczególnych polach;

2) w przypadku pól, które nie dotyczą Oferenta, należy wpisać „nie dotyczy” lub przekreślić pole;

3) w przypadku niedostatecznej ilości pól, istnieje możliwość dodania kolejnych wierszy;

4)w przypadku tytułu dokumentu OFERTA/AKTUALIZACJA OFERTY należy skreślić niepotrzebne.

**I. PODSTAWOWE INFORMACJE O ZŁOŻONEJ OFERCIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Organ administracji publicznej, do którego adresowana jest oferta** | **Zarząd Województwa Opolskiego** |
| **2.** | **Nazwa zadania:****(proszę zaznaczyć właściwe)** | □ **Marszałkowskie Dni Dla Zdrowia** **w Województwie Opolskim** **- Promocja Zdrowego Stylu Życia.**□ **Marszałkowskie Dni Dla Zdrowia** **w Województwie Opolskim. Profilaktyka i Edukacja w Zakresie Chorób Urologicznych i Onkologicznych Mężczyzn**.□ **Marszałkowskie Dni Dla Zdrowia w Województwie Opolskim.** **Profilaktyka i Edukacja w Zakresie Chorób Ginekologicznych i Onkologicznych Kobiet.** |

**II. DANE PODMIOTU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Nazwa Oferenta** |  |
| **2.** | **Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta składającego ofertę**  |  |
| **3.** | **Adres siedziby Oferenta** |  |
| **4.** | **Adres do korespondencji** |  |
| **5.** | **Numer telefonu kontaktowego** |  |
| **6.** | **E-mail**  |  |
| **7.** | **Forma prawna**  |  |
| **8.** | **NIP** |  |
| **9.** | **REGON** |  |
| **10.** | **Numer wpisu do rejestru sądowego lub innego rejestru/ewidencji** |  |
| **11.** | **Nazwa banku i nr rachunku bankowego podmiotu składającego ofertę** |  |
| **12.** | **Osoba upoważniona do składania wyjaśnień dotyczących oferty (imię i nazwisko, funkcja, numer telefonu kontaktowego, adres e-mail)** |  |
| **13.** | **Przedmiot działalności statutowej związanej/zgodnej z zadaniem z oferty**  |  |
| **14.** | **Jeżeli podmiot prowadzi działalność gospodarczą**  | **Numer wpisu w rejestrze przedsiębiorców** | **Przedmiot działalności gospodarczej związanej/zgodnej z zadaniem z oferty** |
|  |  |

**III. SZCZEGÓŁOWY SPOSÓB REALIZACJI ZADANIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Krótka charakterystyka zadania**  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | **Miejsce/miejsca realizacji zadania** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | **Planowana liczba uczestników/odbiorców i ich charakterystyka.** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.** | **Uzasadnienie realizacji zadania** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5.** | **Zakładane cele realizacji zadania (cele mają być konkretne, mierzalne, akceptowalne, realistyczne, określone w czasie - przedstawione w punktach)** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6.** | **Opis trwałości zadania, tzn. np. oddziaływania zadania po jego zakończeniu** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **7.** | **Opis rezultatów zadania + policzalny wskaźnik/wskaźniki realizacji zadania** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8.** | **Współpraca z innymi instytucjami/podmiotami podczas realizacji zadania** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **9.** | **Planowane działania promocyjne i informacyjne (rodzaj i liczba działań, proponowane kanały dotarcia do uczestników i społeczeństwa** |
|  |  |

**IV. HARMONOGRAM DZIAŁAŃ W ZAKRESIE REALIZACJI ZADANIA**

|  |
| --- |
| **Termin realizacji zadania (termin nie może być wcześniejszy, ani późniejszy od terminów realizacji zadania wskazanych w ogłoszeniu o konkursie)** |
| **Data rozpoczęcia** | **Od podpisania umowy** | **Data zakończenia** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania  | Terminy realizacji poszczególnych działań |
|  |  |
|  |  |

**V. INFORMACJA O POSIADANYCH ZASOBACH RZECZOWYCH, KADROWYCH I KOMPETENCJACH OSÓB ZAPEWNIAJĄCYCH WYKONANIE ZADANIA, A TAKŻE O ZAKRESIE OBOWIĄZKÓW TYCH OSÓB
W REALIZOWANYM ZADANIU**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Zasoby rzeczowe**  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | **Zasoby kadrowe, kompetencje osób zapewniających wykonanie zadania, a także zakres obowiązków tych osób w realizowanym zadaniu** |
| **Lp.** | **Osoba (krótki opis lub funkcja w projekcie, bez danych osobowych)** | **Posiadane stopnie, kwalifikacje i uprawnienia** | **Zakres obowiązków w realizowanym zadaniu** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**VI. INFORMACJA O WCZEŚNIEJSZEJ DZIAŁALNOŚCI PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO OFERTĘ, JEŻELI DZIAŁALNOŚĆ TA DOTYCZY ZADANIA OKREŚLONEGO W OGŁOSZENIU O KONKURSIE OFERT LUB ZADANIA PODOBNEGO RODZAJU w tym REALIZACJI ZADAŃ Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO/ PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH/POLITYKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH PRZEZ JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO LUB INNE PODMIOTY ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ**

|  |
| --- |
|  |

**VII. INFORMACJA O WYSOKOŚCI WNIOSKOWANYCH ŚRODKÓW NA REALIZACJĘ ZADANIA**

|  |
| --- |
|  |

**VIII. KOSZTORYS WYKONANIA ZADANIA, W SZCZEGÓLNOŚCI UWZGLĘDNIAJĄCY KOSZTY ADMINISTRACYJNE**

##  Kosztorys realizacji zadania ze względu na rodzaj kosztów:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj kosztów | Rodzaj miary | Ilość jednostek  | Koszt jednostkowy (w zł) | Koszt całkowity (w zł) | W tym z wnioskowanych środków finansowych | W tym środków finansowych własnych | Uwagi  |
| 1. | Koszty merytoryczne |
| 1.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem koszty merytoryczne |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Koszty administracyjne  |
| 2.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem koszty administracyjne |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Ogółem: |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu**

|  |
| --- |
|  |

**IX. INFORMACJA O ZAPEWNIENIU DOSTĘPNOŚCI DLA OSÓB ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI**

|  |
| --- |
| **Dostępność architektoniczna**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Dostępność komunikacyjno-informacyjna**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Dostępność cyfrowa**  |
|  |

**Jako osoby uprawnione do reprezentacji Oferenta oświadczamy pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, że :**

1) Oferent składający niniejszą ofertę nie zalega z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych;

2) Oferent składający niniejszą ofertę nie zalega z opłacaniem należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne;

3) dane zawarte w części II niniejszej oferty są zgodne z Krajowym Rejestrem Sądowym\* / właściwą ewidencją\*;

4) wszystkie informacje podane w ofercie oraz w załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym
i faktycznym;

5) w zakresie związanym z konkursem ofert, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z aktualnym stanem prawnym w zakresie ochrony danych osobowych.

\*niepotrzebne skreślić

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

(pieczęć Podmiotu) (data i podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób

upoważnionych do składania oświadczeń woli

do zaciągania zobowiązań majątkowych

w imieniu Oferenta)