****

**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 OGRANICZAJĄCYCH ZAGROŻENIA I SZKODY DLA ZDROWIA FIZYCZNEGO I PSYCHICZNEGO”**

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

1. **Informacje ogólne[[1]](#footnote-1)**
2. **Podmiot wnioskujący**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa podmiotu**[[2]](#footnote-2)**: | |  | | | | |
| Forma prawna: | |  | | | | |
| Numer w KRS, w innym  Rejestrze lub ewidencji **[[3]](#footnote-3)**: | | |  | | | |
| Data wpisu, rejestracji lub utworzenia | | | |  | | |
| NIP: |  | | | | REGON: |  |

Adres siedziby:

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

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

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

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

Adres do korespondencji **[[4]](#footnote-4)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 [[5]](#footnote-5)** | **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 [[6]](#footnote-6)** |
| **A** | **PROWADZENIE DZIAŁAŃ OGRANICZAJĄCYCH ZAGROŻENIA I SZKODY DLA ZDROWIA FIZYCZNEGO I PSYCHICZNEGO** | | | | | | | |
| 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:** | | | | |  |  |  |  |
| **B** | **Wydatki administracyjne / organizacyjne** | | | | | | | |
| Koszty po stronie (nazwa oferenta): ……………………… | |  |  |  |  |  |  |  |
| **I.** | *Działanie ……………………………………………………..……………….* | | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II.** | *Działanie ……………………………………………………..……………….* | | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |
| **D** | Planowane koszty poszczególnych oferentów**[[7]](#footnote-7)** | *Nazwa oferenta 1) …………………:* | | |  |  |  |  |
| *Nazwa oferenta 2) …………………:* | | |  |  |  |  |
| **Ogółem:** | | | | |  |  |  |  |

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) **[[8]](#footnote-8)** | | **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 [[9]](#footnote-9)** | | **%** |

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** |
| **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. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych
5. Inne – wskazać jakie: ………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oferent:** |  | **Urząd Marszałkowski**  **Województwa Wielkopolskiego**  **Departament Zdrowia**  **al. Niepodległości 34**  **61-714 Poznań** |
| ………………………………………………  (pełna nazwa/firma, adres, w zależności  od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)  reprezentowany przez:  …………………………………………………  imię, nazwisko, stanowisko/podstawa  do reprezentacji |  | ………………………  (miejsce i data) |

**Oświadczenia Oferenta** **[[10]](#footnote-10)**

składane na potrzeby konkursu o udzielenie dofinansowania na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego na podstawie art. 15 ust. 6 w zw. z art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. 2021 poz. 1956 ze zm.).

Oświadczam, że:

1. w stosunku do ……………………………………(wpisać nazwę podmiotu składającego ofertę) nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
2. nie byłem(am) karany(a) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz nie orzeczono wobec mnie zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi;
3. ………………………………….. (wpisać nazwę podmiotu składającego wniosek) jest podmiotem uprawnionym do składania wniosków w konkursie zgodnie **z pkt. VI Ogłoszenia** o konkursie   
   tj. podmiotem, którego cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego określonymi w art. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. 2022 poz. 1608 ze zm.);
4. …………………………………………………… (wpisać nazwę podmiotu składającego wniosek) 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. kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

..…………………………………………

podpis osoby/osób upoważnionych

do reprezentacji oferenta

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………  pieczęć oferenta | ……………………………  miejsce i data |

**OŚWIADCZENIE O KWALIFIKOWALNOŚCI PODATKU OD TOWARÓW I USŁUG[[11]](#footnote-11)**

………………………………………………………………………….., w związku z ubieganiem się

(*nazwa i adres oferenta)*

o dofinansowanie realizacji zadania publicznego Województwa Wielkopolskiego z zakresu zdrowia publicznego pn.: „Prowadzenie działań ograniczających zagrożenia i szkody dla zdrowia fizycznego i psychicznego” – II edycja w 2022 roku.

oświadcza, że **[[12]](#footnote-12)**:

nie jest płatnikiem podatku VAT

jest płatnikiem podatku VAT i jednocześnie oświadcza, iż realizując wskazane w ofercie zadanie publiczne nie możeodzyskać w żaden sposób poniesionego kosztu podatku od towarów i usług, którego wysokość została zawarta w kosztorysie realizacji zadania.

Jednocześnie*..................................................................................................................* zobowiązuje się

*(nazwa oferenta)*

do zwrotu kwoty podatku od towarów i usług, w części wydatkowanej z udzielonej dotacji, jeżeli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie tego podatku**[[13]](#footnote-13)**.

*......................................................................................................................................* zobowiązuje się

*(nazwa oferenta)*

również do udostępniania dokumentacji finansowo-księgowej oraz udzielania uprawnionym organom kontrolnym, bądź osobom upoważnionym przez Zleceniodawcę, informacji umożliwiających weryfikację kwalifikowalności podatku od towarów i usług.

………………………………………..…

Podpis osoby/osób upoważnionych

do reprezentacji oferenta

Szanowni Państwo, w związku z przetwarzaniem danych osobowych zawartych w ofercie o dofinansowanie realizacji zadania informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Marszałek Województwa z siedzibą Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu przy al. Niepodległości 34,   
   61-714 Poznań.
2. Państwa dane osobowe są przetwarzane w celach niezbędnych do rozpatrzenia oferty o dofinansowanie realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego pn. „Prowadzenie działań ograniczających zagrożenia i szkody dla zdrowia fizycznego i psychicznego” – II edycja,   
   i rozstrzygnięcia powyższego konkursu, jak również w celach archiwalnych.
3. Państwa dane osobowe przetwarzamy w związku z wypełnieniem obowiązku prawnego ciążącym na administratorze.
4. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem ochrony danych osobowych, Departament Organizacyjny i Kadr, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, e-mail: [inspektor.ochrony@umww.pl](mailto:inspektor.ochrony@umww.pl).
5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres 10 lat licząc od roku następnego,   
   w którym rozstrzygnięto niniejszy konkurs, zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną.
6. Podanie danych osobowych jest warunkiem ustawowym a ich niepodanie skutkuje brakiem możliwości udziału w zadaniu zgłoszonym na konkurs o którym mowa w pkt 2.
7. Przysługuje Państwu prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
8. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
9. Państwa dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany w celu podjęcia jakiejkolwiek decyzji.

**Oświadczam, iż zapoznałem(-ałam) się z powyższymi zasadami przetwarzania danych osobowych**

|  |  |
| --- | --- |
| …...…………………………........... roku  (miejsce i data złożenia oświadczenia) | …….…...………...…………………...........  (czytelnie imię i nazwisko, funkcja właściciela danych osobowych)\* |

\* każda osoba, której dane będą przetwarzane w ramach niniejszego naboru wniosków winna złożyć osobne oświadczenie

1. W przypadku składania oferty wspólnej każdy z podmiotów zobowiązany jest do wypełnienia odrębnie tej części oferty. [↑](#footnote-ref-1)
2. Pełna nazwa oferenta zgodna z właściwym rejestrem lub dokumentem założycielskim [↑](#footnote-ref-2)
3. Wskazać rodzaj rejestru (nie dotyczy jst) [↑](#footnote-ref-3)
4. Wypełnić gdy różni się od adresu siedziby podmiotu, w przeciwnym wypadku wpisać „nie dotyczy” [↑](#footnote-ref-4)
5. Nazwa działania winna odpowiadać działaniom wskazanym w pkt I.5 (Przewidywana kalkulacja kosztów) [↑](#footnote-ref-5)
6. Dotyczy kwalifikowalności podatku od towarów i usług. Oferenci, którzy nie mają prawnej możliwości odzyskania lub rozliczenia podatku VAT od towarów i usług związanych z realizacją zadania (dla których podatek VAT jest kosztem), sporządzają kosztorysy w kwotach brutto (łącznie z podatkiem VAT). Oferenci, którzy mają możliwość odzyskania lub rozliczenia podatku VAT od towarów i usług związanych z realizacją zadania (w całości lub w części) — sporządzają kosztorysy w kwotach netto (tj. nie uwzględniają w nich kwot podatku VAT, które będą podlegały odzyskaniu lub rozliczeniu). Możliwość odzyskania podatku VAT rozpatruje się w świetle przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.

   Należy zaznaczyć TAK, jeżeli dany koszt zawiera podatek od towarów i usług. [↑](#footnote-ref-6)
7. Dotyczy oferty wspólnej. W przypadku większej liczby oferentów istnieje możliwość dodawania kolejnych wierszy [↑](#footnote-ref-7)
8. Jeżeli nie dotyczy wpisać „0” [↑](#footnote-ref-8)
9. Procentowy udział innych środków finansowych, w stosunku do otrzymanej kwoty dotacji należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. [↑](#footnote-ref-9)
10. Oświadczenie jest składane przez osobę uprawnioną do reprezentowania podmiotu składającego ofertę [↑](#footnote-ref-10)
11. Oświadczenie może być modyfikowane w przypadku gdy oferent kwalifikuje podatek od towarów i usług wyłącznie w odniesieniu do poszczególnych kategorii wydatków. [↑](#footnote-ref-11)
12. Zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-12)
13. Por. z art. 91 ust. 7 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług. [↑](#footnote-ref-13)