Załącznik nr 1

do Ogłoszenia o konkursie ofert

**O F E R T A**

REALIZACJI W LATACH 2020 - 2022 PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ pn.: „ZDROWA JESIEŃ - PROFILAKTYCZNE SZCZEPIENIA PRZECIWKO GRYPIE MIESZKAŃCÓW SUWAŁK POWYŻEJ 65 ROKU ŻYCIA”

…...........................

(pieczęć podmiotu)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Dane oferenta** | | | | | | | |
| Nazwa oferenta: | |  | | | | | |
| Adres: | | miejscowość: | | kod: | | Ulica i nr domu | |
| nr telefonu: | | numer faksu: | | E-mail: | |
| Nazwa banku | |  | | | | | |
| Numer konta | |  | | | | | |
| Nazwiska i imiona oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu  w kontaktach zewnętrznych i posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów):   1. **…………………………………………………………………………………………….** 2. **…………………………………………………………………………………………….** | | | | | | | |
| Osoba upoważniona do składania ewentualnych wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego):   1. **.............................................................................................................................................** | | | | | | | |
| 1. **Posiadane zasoby kadrowe i kompetencje osób zapewniających wykonanie zadania oraz zakres obowiązków tych osób** | | | | | | |
| Lp. | Imię i nazwisko | | Kwalifikacje zawodowe | | Zakres obowiązków w ramach realizowanego zadania | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
| 1. **Posiadane zasoby rzeczowe zapewniające wykonanie zadania** | | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **Szczegółowy sposób realizacji zadania, w tym sposób poinformowania mieszkańców o akcji i przeprowadzenia akcji edukacyjnej nt. zapobiegania grypy.** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Dotychczasowa działalność oferenta w zakresie szczepień** |
|  |

1. **INNE DANE**
2. Sposób rekrutacji uczestników:

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

1. Zakładane rezultaty realizacji zadania:

**.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

1. Partnerzy w realizacji zadania:

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

1. Termin i miejsce realizacji zadania:

**.......................................................................................................................................**

1. Proponowana nazwa programu do celów medialnych i promocyjnych:

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

1. Harmonogram działań w zakresie realizacja zadania:

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

1. Posiadane zasoby - lokalowe, sprzętowe (inne niż wymienione w pkt III) i inne - ważne z punktu widzenia realizacji zadania:

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

1. **KOSZTORYS**
2. **ze względu na źródło finansowania**

|  |  |
| --- | --- |
| Planowana przez oferenta liczba osób objętych szczepieniami | |
| **2020 r.** | **...............................** |
| **2021 r.** | **...............................** |
| **2022 r.** | **...............................** |

|  |  |
| --- | --- |
| Szczepionka jaka będzie zastosowana | |
| Nazwa handlowa |  |
| CZTEROWALENTNA (proszę zaznaczyć **X** **)** |  |
| **Koszt udzielenia usługi medycznej 1 osobie** (A+B+C+D) |  |
| 1. Koszt szczepionki |  |
| 1. Koszt badania lekarskiego  i iniekcji. |  |
| 1. Koszt przeprowadzenia akcji informacyjno - edukacyjnej |  |
| 1. Inne koszty (jakie?) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Źródło finansowania udzielanych świadczeń** | **zł** | **%** |
| a) | Wnioskowana kwota |  |  |
| b) | Finanse własne |  |  |
| c) | Inni sponsorzy publiczni – jacy? |  |  |
| d) | Inni sponsorzy prywatni – jacy? |  |  |
| Ogółem | |  | 100% |

1. **ze względu na rodzaj kosztów**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztów1)** | **Koszt**  **całkowity**  **(w zł)** | | **z tego do pokrycia**  **z wnioskowanej dotacji**  **(w zł)** | **z tego z finansowych środków własnych, środków**  **z innych źródeł**  **(w zł)** |
| I | **Koszty merytoryczne2) realizowanego zadania:** |  | |  |  |
| 1. koszt szczepionki |  | |  |  |
| 1. koszt badania lekarskiego i podania szczepionki |  | |  |  |
| 1. Koszt przeprowadzenia akcji informacyjno - edukacyjnej |  | |  |  |
| 4) . . . |  | |  |  |
| II | **Koszty obsługi3) zadania publicznego, w tym koszty administracyjne oraz koszty obsługi finansowo – księgowej** | |  |  |  |
| 1) .…….. |  | |  |  |
| 2) …….. |  | |  |  |
| III | **Inne koszty, w tym koszty wyposażenia i promocji:** |  | |  |  |
| 1) …….. |  | |  |  |
| 2) …….. |  | |  |  |
| IV | Ogółem: |  | |  |  |

1. Należy uwzględnić wszystkie planowane koszty.
2. Należy wpisać koszty bezpośrednio związane z celem realizowanego zadania publicznego.
3. Należy wpisać koszty związane z obsługą i administracją realizowanego zadania, które związane są z wykonywaniem działań o charakterze administracyjnym, nadzorczym i kontrolnym, w tym obsługą finansową i prawną projektu.

* Ewentualne uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

**...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

* Ewentualny poza finansowy wkład własny podmiotu w realizację zadania (np. praca wolontariuszy):

**....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

* Dodatkowe uwagi lub informacje wnioskodawcy:

**....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**……………………….** (pieczęć podmiotu)

**........................................**(podpis osoby upoważnionej do składania  
oświadczeń woli w imieniu podmiotu)