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 INFORMACYJNO-EDUKACYJNYCH Z ZAKRESU EDUKACJI ZDROWOTNEJ, MAJĄCYCH NA CELU ZWIĘKSZENIE ŚWIADOMOŚCI NA TEMAT CZYNNIKÓW RYZYKA ZDROWOTNEGO, ORAZ KSZTAŁTOWANIE PROZDROWOTNYCH POSTAW I ZACHOWAŃ”**

**Polityka zdrowotna Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021 – 2030**

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

**I.  Informacje ogólne**

1. **Podmiot wnioskujący**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa podmiotu**#**: | |  | | | | |
| Forma prawna: | |  | | | | |
| Numer w KRS, w innym  Rejestrze lub ewidencji **#**: | | |  | | | |
| Data wpisu, rejestracji lub utworzenia | | | |  | | |
| NIP: |  | | | | REGON: |  |

Adres siedziby:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość | | | |  | | | ul.: | | | |  |
| województwo: | | | |  | | | | | | | |
| kod pocztowy: | | |  | | poczta: | | |  | | | |
| tel.: |  | | | | |  | | |
| e-mail: | |  | | | | http:// | | | |  | |

Adres do korespondencji **#**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość | |  | | ul.: | |  |
| województwo: | |  | | | | |
| kod pocztowy: |  | | poczta: | |  | |

2. **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: |  |

3. **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: | |  | | |

**II.  Koncepcja planowanych działań**

1. **Ogólne założenia**

|  |
| --- |
|  |

2. **Sposób realizacji projektu.**

|  |
| --- |
|  |

3. **Termin i miejsce realizacji projektu oraz informacja o uczestnikach projektu.**

|  |
| --- |
|  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa działania #** | **Termin realizacji (od-do)** | **Termin poniesienia wydatków** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

5. **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 #** |
| **A** | **WYDATKI MERYTORYCZNE** | | | | | | | |
| 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:** | | | | |  |  |  |  |
| **C** | **Wydatki administracyjne / organizacyjne** | | | | | | | |
| Koszty po stronie (nazwa oferenta): ……………………… | |  |  |  |  |  |  |  |
| **I.** | *Działanie ……………………………………………………..……………….* | | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II.** | *Działanie ……………………………………………………..……………….* | | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

6. **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) | | **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 #** | | **%** |

7. **Dodatkowe uwagi do kosztorysu** (jeżeli dotyczy)

|  |
| --- |
|  |

8. **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).*

|  |
| --- |
|  |

9. **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, w tym ukończone studia, kursy itp.** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |

10. **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.** |  |  |  |  |  |

11. **Inne informacje, które mogą mieć znaczenie przy ocenie oferty**

|  |
| --- |
|  |

**III.  Oświadczenia**

Oświadczam(my), że …………………………………………………………………………………… (nazwa wnioskodawcy):

1) 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;

2) 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) przyznane środki przeznaczy na realizację zadania zgodnie z ofertą i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł,

Ponadto, oświadczam(my), że:

1) w stosunku do ……………………………………(wpisać nazwę podmiotu składającego ofertę) nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych i prywatnych;

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.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………  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 o kwalifikowalności VAT zgodnie ze wzorem określonym w załączniku do ogłoszenia.

3) Klauzule informacyjne dotyczące przetwarzania danych osobowych

4) Oświadczenie o posiadaniu kopii dokumentów z KRK oraz RSPTS, zgodnie z treścią pkt VIII.10 Ogłoszenia konkursowego

5) Inne – wskazać jakie: …………………………………………………………………………………………………………

**Załącznik nr 2**

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

**OŚWIADCZENIE O KWALIFIKOWALNOŚCI PODATKU OD TOWARÓW I USŁUG#**

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

(*nazwa i adres oferenta)*

o dofinansowanie realizacji zadania publicznego Województwa Wielkopolskiego z zakresu zdrowia publicznego pn.: „Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych z zakresu edukacji zdrowotnej, mających na celu zwiększenie świadomości na temat czynników ryzyka zdrowotnego, oraz kształtowanie prozdrowotnych postaw i zachowań” w 2025 roku.

oświadcza, że **#**:

nie jest płatnikiem podatku VAT

jest płatnikiem podatku VAT i jednocześnie oświadcza, iż realizując wskazane w ofercie zadanie publiczne nie może odzyskać 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**#**.

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

**Załącznik nr 3**

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

1. Administratorem danych osobowych jest Województwo Wielkopolskie z siedzibą Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu przy al. Niepodległości 34, 61- 714 Poznań, e-mail: kancelaria@umww.pl, fax 61 626 69 69, adres skrytki urzędu na platformie ePUAP: /umarszwlkp/SkrytkaESP lub adres do doręczeń elektronicznych (ADE) Urzędu: AE:PL 36275-98241-EEETD-21.

2. Państwa dane osobowe są przetwarzane w celach:

a.rozpatrzenia ofert o dofinansowanie realizacji zadania publicznego Województwa Wielkopolskiego pn.: „Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych z zakresu edukacji zdrowotnej, mających na celu zwiększenie świadomości na temat czynników ryzyka zdrowotnego, oraz kształtowanie prozdrowotnych postaw i zachowań”,

b.zawarcia, realizacji i rozliczenia umowy,

c.archiwizacji.

3. Państwa dane osobowe przetwarzamy:

a.w związku z zawarciem oraz wykonaniem umowy,

b.na podstawie wyrażonej przez Państwa zgody,

c.w związku z wypełnieniem obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, tj. ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych, ustawy z 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa, ustawy z dnia 14 lipca 1983 roku 48 o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

d.w związku z wykonaniem zadania realizowanego w interesie publicznym.

4. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem ochrony danych osobowych listownie pod adresem administratora danych, lub elektronicznie poprzez skrytkę ePUAP: /umarszwlkp/SkrytkaESP i e-mail: inspektor.ochrony@umww.pl;

5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres 5 lat, licząc od roku następnego, w którym zakończono sprawę, zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną;

6. Podanie danych osobowych jest warunkiem ustawowym oraz warunkiem zawarcia umowy lub podjęcia działań niezbędnych przed jej zawarciem.

7. Przysługuje Państwu prawo do usunięcia danych osobowych, o ile Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie: wyrażonej zgody, wymogu prawa, lub gdy są już nie potrzebne do przetwarzania danych;

8. Przysługuje Państwu prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, o ile Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody;

9. Przysługuje Państwu prawo do przenoszenia danych, o ile Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody lub są niezbędne do zawarcia umowy oraz gdy dane te są przetwarzane w sposób zautomatyzowany;

10. Przysługuje Państwu prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;

11. Przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w związku z Państwa sytuacją szczególną o ile przetwarzanie Państwa danych osobowych jest niezbędne do zrealizowania zadania w interesie publicznym,

12. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych o ile uważają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych odbywa się w sposób niezgodny z prawem;

13. Państwa dane osobowe będą ujawniane podmiotom świadczącym usługi na rzecz administratora danych osobowych w zakresie serwisu i wsparcia systemów informatycznych, utylizacji dokumentacji niearchiwalnej, przekazywania przesyłek pocztowych oraz Komisji Konkursowej.

14. Państwa dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany w celu podjęcia jakiejkolwiek decyzji oraz profilowania.

15. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do organizacji międzynarodowych i państw trzecich.

**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