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

(pieczęć Oferenta) (miejscowość i data)

**FORMULARZ OFERTY
na realizację zadania
pn. Program profilaktyki kręgosłupa „Tydzień dla kręgosłupa”
w ramach budżetu obywatelskiego „ŁÓDZKIE NA PLUS na rok 2020**

1. **Dane oferenta:**

Pełna nazwa: …………………………………………………………………………………………............... …………………………………………………………………………………………………...

Dokładny adres (z kodem pocztowym):

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

Nr tel.: ……………………………

nr fax: ……………………………

e-mail ……………………………

http:// ……………………………

**NIP** ……………………………

**REGON** ……………………………

Koordynator Programu – osoba do kontaktu w sprawach dotyczących realizacji Programu (nazwisko i imię, numer telefonu, adres e-mail):

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

1. **Szczegółowy sposób realizacji zadania:**

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

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

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

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

1. **Termin realizacji zadania** (w przypadku spełnienia niniejszego warunku zaznaczyć „X”)

|  |  |
| --- | --- |
|  | od daty podpisania umowy do 31 grudnia 2020 r.  |

1. **Miejsce realizacji zadania** (dokładny adres)

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

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

1. **Przewidywany czas trwania jednych zajęć** (w przypadku spełnienia niniejszego warunku zaznaczyć „X”)

|  |  |
| --- | --- |
|  | 45 minut  |

1. **Formy rejestracji** **potencjalnych uczestników**  (po podpisaniu umowy z Realizatorem, w celu promocji działania, ewentualne poniższe możliwości rejestracji będą opublikowane na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego):

Telefonicznie: ………………………………….

Elektronicznie: ………………………………….

Osobiście: ………………………………….

1. **Harmonogram realizacji wszystkich działań w ramach zadania od daty podpisania umowy do dnia 31 grudnia 2020 r.** (proszę nie wpisywać dni i miesięcy realizacji poszczególnych etapów działania)

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Etap wykonania działania od daty podpisania umowy do dnia 31 grudnia 2020 r.** |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |

UWAGA! Po podpisaniu umowy Realizator będzie zobowiązany, do dostarczenia szczegółowego harmonogramu uwzględniającego konkretne dni tygodnia i godziny spotkań.

1. **Wcześniejsza działalność Oferenta w zakresie objętym konkursem** (opisowo - doświadczenie). Oferent może fakultatywnie załączyć dokumenty potwierdzające doświadczenie (np. list referencyjny, zaświadczenie, certyfikat).

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

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

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

1. **Wykaz imienny personelu,** który będzie realizował zadanie wraz z określeniem kwalifikacji zawodowych oraz doświadczenia zawodowego. Dodatkowo należy określić kompetencje oraz zakres obowiązków wynikający z realizacji zadania, każdej z wymienionych osób.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Nazwa ukończonej uczelni wyższej** | **Rok ukończenia uczeli wyższej** | **Doświadczenie zawodowe, w tym liczba lat doświadczenia**  | **Kompetencje** | **Zakres obowiązków wynikający z realizacji zadania** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **Kosztorys wykonania zadania**

Koszty administracyjne zostały wliczone w całkowity koszt realizacji zadania.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Koszty niezbędne do realizacji zadania** | **Jednostka miary** | **Liczba jednostek** | **Koszt jednostkowy**  | **Łączny koszt** |
| ***Kol.1*** | ***Kol. 2*** | ***Kol. 3*** | ***Kol. 4*** | ***Kol. 5*** | ***Kol. 6=kol. 4x5*** |
| 1 | Proponowany koszt jednego 45 minutowego spotkania z zakresu profilaktyki chorób kręgosłupa w połączeniu z edukacją zdrowotną  | spotkanie |  |  |  |
| 2 | Koszt wydruku ulotek informacyjnych  | sztuka |  |  |  |
| 3 | **Razem:** |  |

**Wnioskowana kwota** środków na zadanie (brutto) ……………………..

**Proszę o wpisanie rodzaju dokumentu księgowego, jaki Oferent będzie wystawiał za realizację zadania** ...............................................................

1. **Oświadczenie o wpisach do rejestrów, ewidencji** (właściwe proszę zaznaczyć „X”):

1. Oświadczam, że jako Oferent jestem:

□ podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez …………………………………………………......,

pod numerem .……………………............................................................…………,

□ praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez ..…………………………………………………,

pod numerem .………………………………………….........................................,

2. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

□ ⁭Krajowego Rejestru Sądowego

pod numerem ……………………………………..................................................

⁭nie dotyczy...............................................................................................................

3. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

□ Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej....................

□ nie dotyczy............................................................................................................

4. W przypadku wpisu do innego rejestru, czy też ewidencji należy złożyć poniżej
 stosowne oświadczenie:

…………………………………………………………………………

1. **Informacja o warunkach przetwarzania danych osobowych.**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej zwane „RODO”) uprzejmie informujemy, iż:

1) Administratorem Pana/Pani danych jest Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8.

2) Administrator danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych, drogą elektroniczną na adres e-mail: iod@lodzkie.pl lub pisemnie na adres siedziby Administratora danych.

3) Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procedury konkursowej na działanie pn. Program profilaktyki kręgosłupa „Tydzień dla kręgosłupa” w ramach budżetu obywatelskiego „ŁÓDZKIE NA PLUS" na rok 2020 na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) RODO w związku z ustawą z dnia 15 września z 2015 r. o zdrowiu publicznym oraz na etapie zawierania umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) w celu realizacji umowy.

4) Odbiorcami/kategoriami odbiorców Pana/Pani danych osobowych będzie Wojewoda Łódzki i Ministerstwo Zdrowia, użytkownicy Biuletynu Informacji Publicznej, strony internetowej www.zdrowie.lodzkie.pl, wnioskujący o udzielenie informacji publicznej, dostawcy systemów informatycznych i usług IT.

5) Dane będą przechowywane przez okres realizacji umowy, a następnie zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach przez okres wskazany w Instrukcji Kancelaryjnej, stanowiącej załącznik do Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (kategoria BE10).

6) Posiada Pan/Pani prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, prawo ich sprostowania, oraz usunięcia lub ograniczenia przetwarzania na zasadach określonych w art. 17 i 18 RODO.

7) W zakresie danych zbieranych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) RODO posiada Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych na podstawie art. 21 RODO.

8) Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku, gdy Pani/Pana zdaniem przetwarzanie danych osobowych przez Administratora danych odbywa się z naruszeniem prawa.

9) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przeprowadzenia procedury konkursowej oraz jest warunkiem zawarcia umowy. Ich niepodanie skutkuje nierozpatrzeniem oferty oraz brakiem możliwości zawarcia umowy.

………………………………………………………..

podpis/-y i pieczęć/-cie osoby/osób upoważnionej/-ych
do reprezentacji Oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu

**Do „Formularza oferty” należy dołączyć**:

- załącznik nr 1 – oświadczenia, tj.:

1.1. Oświadczenie Oferenta, że zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert na realizację zadania pn. Program profilaktyki kręgosłupa „Tydzień dla kręgosłupa” w ramach budżetu obywatelskiego „ŁÓDZKIE NA PLUS" na rok 2020.

1.2. Oświadczenie Oferenta, że wszystkie podane w Formularzu oferty oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

1.3. Oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.

1.4. Oświadczenie, 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.

1.5. Oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu składającego ofertę wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację działania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie działanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

1.6. Oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

1.7. Oświadczenie Oferenta, że działanie będzie realizowane, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie, w szczególności przepisów o ochronie danych osobowych.

- załącznik nr 2 do Formularza oferty:

2.1. Oświadczenie Oferenta dotyczące kwalifikacji i doświadczenia osób realizujących Program profilaktyki kręgosłupa „Tydzień dla kręgosłupa” w ramach budżetu obywatelskiego „ŁÓDZKIE NA PLUS" na rok 2020.

2.2. Oświadczenie Oferenta, że personel medyczny wskazany w ofercie, jako udzielający świadczeń w ramach Programu wyraził pisemną zgodę na udział w zadaniu. (oświadczenia personelu z pisemną zgodą znajdują się w dyspozycji Oferenta).

- załącznik nr 3 do Formularza oferty (w zależności od statusu prawnego Oferenta):

3.1. Aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących. W przypadku odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego dopuszczalny jest wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości; <https://ems.ms.gov.pl/>. W przypadku Oferentów wykonujących działalność w formie spółki cywilnej: kopię umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający określenie zasad reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie sposobu reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności.

3.2. Dokumenty potwierdzające, że cele statutowe lub przedmiot działalności Oferenta dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w art. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym, w zakresie objętym konkursem.

- załącznik nr 4 – kserokopię polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej na okres udzielania świadczeń objętych konkursem. W przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie trwania umowy na realizację działania, należy również dołączyć zobowiązanie Oferenta do przedłożenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (w formie oświadczenia). Natomiast w przypadku braku polisy, Oferent musi złożyć oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.

- załącznik nr 5 – fakultatywnie – dokumenty potwierdzające doświadczenie (np. list referencyjny, zaświadczenie, certyfikat).

**Załącznik nr 1 do Formularza Oferty**

**Oświadczenie Oferenta**

Oferent oświadcza, że:

1.1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert na realizację zadania pn. „Program profilaktyki kręgosłupa „Tydzień dla kręgosłupa” w ramach budżetu obywatelskiego „ŁÓDZKIE NA PLUS" na rok 2020.

1.2. Wszystkie podane w Formularzu oferty oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

1.3. W  stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.

1.4. 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.

1.5. Kwota środków przeznaczona zostanie na realizację działania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie działanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

1.6. Nie byłem karany/ nie byłam karana zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłem karany/ nie byłam karana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

1.7. Działanie będzie realizowane, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie, w szczególności przepisów o ochronie danych osobowych.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

………………………………………………………..

podpis/-y i pieczęć/-cie osoby/osób upoważnionej/-ych
do reprezentacji Oferenta i składania oświadczeń woli
w jego imieniu

**Załącznik nr 2 do Formularza Oferty**

**Oświadczenie Oferenta dotyczące kwalifikacji i doświadczenia osób realizujących**

**Program profilaktyki kręgosłupa „Tydzień dla kręgosłupa”
w ramach budżetu obywatelskiego „ŁÓDZKIE NA PLUS" na rok 2020
oraz ich zgody na udział w nim.**

Oferent oświadcza, że:

2.1. Osoby, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu profilaktyki kręgosłupa „Tydzień dla kręgosłupa” w ramach budżetu obywatelskiego „ŁÓDZKIE NA PLUS" na rok 2020 spełniają wymagania w zakresie kwalifikacji zawodowych określone w pkt. VIIa. Ogłoszenia o konkursie oraz dysponują doświadczeniem, o którym mowa w tym samym pkt.

2.2. Personel udzielający świadczeń w ramach Programu wyraził pisemną zgodę na udział w zadaniu (oświadczenia personelu z pisemną zgodą znajdują się w dyspozycji Oferenta).

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

………………………………………………………..

podpis/-y i pieczęć/-cie osoby/osób upoważnionej/-ych
do reprezentacji Oferenta i składania oświadczeń woli
w jego imieniu