**…………………….…….. …………………………**

(pieczęć Oferenta) (miejscowość i data)

**FORMULARZ OFERTY**

**na realizację zadania pn. „Dni promocji zdrowia i rehabilitacji dla osób z powiatu piotrkowskiego”**

**w ramach Budżetu Obywatelskiego „ŁÓDZKIE NA PLUS" na rok 2022.**

**I. Dane oferenta:**

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

Dokładny adres (z kodem pocztowym) ..............................................................................

Nr tel.: ………………………….………..………....….. nr fax:..............................................

email…………………………………………….………..http://…………...............…………......

**NIP**………………………………………………………………………………………….............

**REGON**………………………………………………………………………………...………......

Osoba do kontaktu w sprawach dotyczących realizacji działania (nazwisko i imię,   
nr telefonu, adres e-mail):

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

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

**II.** **Szczegółowy sposób realizacji zadania:**

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**III.** **Termin realizacji zadania** (*zaznaczyć „X”, jeśli Oferent spełnia wymóg*)

|  |  |
| --- | --- |
|  | od daty podpisania umowy do 30 listopada 2022 r. |

**IV.** **Miejsce realizacji zadania** (*zaznaczyć „X”, jeśli Oferent spełnia wymóg*)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Przestrzeń gminna ogólnodostępna na terenie powiatu piotrkowskiego |

**V.** **Harmonogram realizacji wszystkich działań w ramach zadania od daty podpisania umowy do dnia 30 listopada 2022 r.** (proszę nie wpisywać dni i miesięcy realizacji poszczególnych etapów zadania)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Etap** | **Termin** |
| **1** |  | **od daty podpisania umowy do dnia 30 listopada 2022 r.** |
| **2** |  |
| **3** |  |

*(Szczegółowy harmonogram działań,* *uwzględniający dni tygodnia, godziny i miejsca spotkań zostanie przedstawiony przez Realizatora po podpisaniu umowy).*

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

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

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

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

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

**VII.** **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** (wszystkie kolumny muszą być wypełnione).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe**  **(t. j. ukończona szkoła, posiadanie PWZF\* TAK/NIE)** | **Doświadczenie zawodowe, w tym liczba lat doświadczenia** | **Kompetencje** | **Zakres obowiązków w ramach zadania** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*PWZF – Prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty

**VIII.** **Wnioskowana kwota środków na zadanie (brutto):…………………………..….zł**

**IX**. **Kosztorys wykonania zadania** *(należy wypełnić wszystkie kolumny w poniższej tabeli)*:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Jednostka miary** | **Koszt jednostkowy** | **Liczba jednostek** | **Koszt jednostkowy jednego spotkania** | **Liczba spotkań** | **Koszt całkowity brutto** |
| Kol. 1 | Kol. 2 | Kol. 3 | Kol. 4 | Kol. 5 = Kol.3 x Kol. 4 | Kol. 6 | Kol. 7 = Kol.5 x Kol. 6 |
| Badanie spirometryczne | Godz. |  | 8 |  | 4 |  |
| Wynagrodzenie lekarza pulmonologa | Godz. |  | 8 |  | 4 |  |
| Wynagrodzenie dietetyka | Godz. |  | 5 |  | 4 |  |
| Wynagrodzenie fizjoterapeuty (2 osoby) | Godz. |  | 4 |  | 4 |  |
| Koszt warsztatów pod nadzorem dietetyka, we współpracy z KGW z danej gminy, przygotowanie ekologicznych produktów | warsztat |  | 1 |  | 4 |  |
| **Koszty administracyjne** | | | | | | |
| Opracowanie i wydrukowanie ulotek informacyjnych na temat wad postawy (ulotka A5 dwustronna) | szt. |  | 500 |  | 4 |  |
| Koszt karimat dla uczestników | szt. |  | 50 |  | 4 |  |
| Pozostałe koszty administracyjne *(proszę wskazać rodzaj kosztów)\** |  |  |  |  |  |  |
| **Całkowity koszt realizacji zadania (kwota brutto)** | | | | | |  |
| \*np. koszt koordynacji zadania, koszt ulotek, plakatów promujących zadanie, koszt wynajmu pomieszczeń | | | | | | |

**X. Zasoby rzeczowe (w tym sprzętowe), którymi dysponuje Oferent, konieczne do realizacji zadania**

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

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

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

**XII.** **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:

…………………………………………………………………………

**XIII. 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 zadanie pn.: „Dni promocji zdrowia i rehabilitacji dla osób z powiatu piotrkowskiego” w ramach Budżetu Obywatelskiego „ŁÓDZKIE NA PLUS" na rok 2022 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](http://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.: „Dni promocji zdrowia i rehabilitacji dla osób z powiatu piotrkowskiego” w ramach Budżetu Obywatelskiego „ŁÓDZKIE NA PLUS" na rok 2022.

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 zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie 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 zadanie będzie realizowane, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie, w szczególności przepisów o ochronie danych osobowych i ustawy o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, w tym wymagań określonych w art. 6 Ustawy.

1.8. Oświadczenie Oferenta, że zagwarantuje uczestnikom bezpieczny udział w zadaniu.

- załącznik nr 2 do Formularza oferty (w zależności od statusu prawnego Oferenta)

2.1. 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.

2.2. 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 3 – potwierdzenie kwalifikacji osób realizujących zadanie

3.1. Oświadczenie Oferenta potwierdzające kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu, wymienionych w pkt VII formularza oferty.

3.2. Oświadczenie Oferenta, że osoby wykazane w ofercie, jako realizujące przedmiot konkursu w ramach zadania wyraziły pisemną zgodę na realizację projektu (zgody znajdują się w dyspozycji Oferenta).

**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. „Dni promocji zdrowia i rehabilitacji dla osób z powiatu piotrkowskiego” w ramach Budżetu Obywatelskiego „ŁÓDZKIE NA PLUS" na rok 2022.

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 zadania zgodnie z ofertą   
i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

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

1.7. Zadanie będzie realizowane, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie, w szczególności przepisami o ochronie danych osobowych i ustawy o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, w tym wymagań określonych w art. 6 Ustawy.

1.8. Zagwarantuje uczestnikom bezpieczny udział w zadaniu.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

......................................................................................................

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

**Załącznik nr 3 do Formularza Oferty**

**Oświadczenie Oferenta dotyczące doświadczenia osób realizujących zadanie pn. „Dni promocji zdrowia i rehabilitacji dla osób z powiatu piotrkowskiego” w ramach Budżetu Obywatelskiego „ŁÓDZKIE NA PLUS" na rok 2022.**

**Oferent oświadcza, że:**

3.1. Potwierdza kwalifikacje osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu, wymienionych w pkt VII formularza oferty.

3.2. Osoby wykazane w ofercie, jako realizujące przedmiot konkursu w ramach zadania wyraziły pisemną zgodę na realizację projektu (zgody znajdują się w dyspozycji Oferenta).

......................................................................................................

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