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

(Wstawić powyżej pieczęć Oferenta) (Wstawić powyżej datę

**FORMULARZ OFERTY**

**na realizację działania pod nazwą: „Zdrowe odżywianie 60+” w ramach zadania „Zdrowe Łódzkie na plus”**

1. **Dane oferenta** (uzupełnić dane)**:**

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

Dokładny adres (z kodem pocztowym):

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

nr telefonu: …………………………………………………………………………..………

nr faxu: …………………………………………………………………………………..………

e-mail: .……………………………………………………………………...……….……….…

Adres strony internetowej: ………………………………………………………..…………

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

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

Osoba do kontaktu w sprawach dotyczących realizacji działania (uzupełnić dane):

Nazwisko i imię: ……….……….……………………………………….…………………...……

Bezpośredni numer telefonu, adres e-mail: …………..……………………………………………………………………………….....………

1. **Sposób promocji działania** (opisać, w jaki sposób będzie prowadzona akcja informacyjna o działaniu, dzięki której potencjalni odbiorcy uzyskają potrzebne im informacje):

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

1. **Termin realizacji** działania (w przypadku spełnienia niniejszego warunku zaznaczyć check box)

[ ] od daty podpisania umowy do 30 listopada 2024 roku.

1. **Miejsce realizacji działania wraz z opisem warunków lokalowych** (wpisać dokładny adres, opisać warunki lokalowe, w których będą udzielane porady dietetyczne wraz wyposażeniem/sprzętem, które będzie wykorzystywane do realizacji działania):

Powiat/powiaty na terenie którego/których będzie realizowane działanie wraz z liczbą ludności w odniesieniu do pojedynczego powiatu (według danych GUS stan na 31.12.2022 rok): ..…………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………..............

Dokładny adres: ..…………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………..............

Opis warunków lokalowych: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. **Formy** **rejestracji** **potencjalnych uczestników** (wpisać wymagane dane):

Telefonicznie: ………………………………….

Elektronicznie: ………………………………….

Osobiście: ………………………………….

1. **Harmonogram działań – realizowany od daty podpisania umowy do dnia 30 listopada 2024 roku** (wpisać tylko krótki opis poszczególnych etapów po kolei, można dodawać kolejne etapy):

1.………………………………………………………………………………………………………..2.………………………….……………………………………………………………………………..3..................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**UWAGA!** Po podpisaniu umowy realizator będzie zobowiązany do dostarczenia szczegółowego harmonogramu uwzględniającego dni tygodnia i godziny udzielania porad dietetycznych.

Minimum 14 dni przed rozpoczęciem udzielania świadczeń realizator zobowiązuje się do poinformowania o tym fakcie województwo.

1. **Wcześniejsza działalność oferenta** w zakresie objętym konkursem (wypisać m.in. projekty, programy profilaktyczne lub inne działania z zakresu edukacji żywieniowej/poradnictwa dietetycznego, które oferent realizował, z podaniem roku realizacji, grupy docelowej oraz krótkiego opisu tych działań):

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

1. **Wykaz osób,** które będą realizowały działanie wraz z określeniem kwalifikacji zawodowych oraz doświadczenia zawodowego. Dodatkowo należy określić zakres obowiązków każdej z wymienionych osób podczas realizacji działania (uzupełnić tabelę, nie podawać nazwisk i imion, każda kolumna powinna zostać uzupełniona):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba porządkowa** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Doświadczenie zawodowe w pracy dietetyka** (opisowo, w tym podać liczbę lat doświadczenia) | **Kompetencje** | **Zakres obowiązków wynikający z realizacji działania** |
| Kolumna 1 | Kolumna 2 | Kolumna 3 | Kolumna 4 | Kolumna 5 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

1. **Kosztorys wykonania działania**

**Planowana liczba uczestników**: ................................

**Składowe kosztu realizacji działania ze szczególnym uwzględnieniem kosztów administracyjnych** (uzupełnić tabelę):

| **Liczba porządkowa** | **Wyszczególnienie**(wszystkie składowe realizacji działania ze szczególnym uwzględnieniem kosztów administracyjnych) | **Jednostka miary (**np. sztuka, godzina, porada) | **Liczba jednostek** | **Koszt jednostkowy w zł** | **Koszt ogółem (brutto) w zł** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kolumna 1 | Kolumna 2 | Kolumna 3 | Kolumna 4 | Kolumna 5 | Kolumna 6 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |  |
| **Całkowity koszt realizacji działania w zł, tj. wysokość wnioskowanych środków** (suma kolumny 6) | **……………** |

**Koszt jednej godzinnej porady dietetycznej** = całkowity koszt realizacji działania podzielony przez planowaną liczbę uczestników: …………… zł

$$Koszt jednej godzinnej porady dietetycznej=\frac{całkowity koszt realizacji działania }{planowana liczba uczestników}$$

wpisz tekst

**Rodzaj dokumentu księgowego, jaki Oferent będzie wystawiał na Województwo Łódzkie za realizację działania** (wpisać rodzaj dokumentu):.................................................

1. **Oświadczenie o wpisach do rejestrów, ewidencji** (zaznaczyć właściwy check box
i uzupełnić wymagane dane):
	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: .………………………………………….............................................,

* 1. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

[ ]  Krajowego Rejestru Sądowego

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

[ ]  nie dotyczy

* 1. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

[ ]  Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (status aktywny)

[ ]  nie dotyczy

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

…………………………………………………………………………………….………

1. **Opis dotyczący zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami** (zgodnie z ustawą z dnia 19 lipca 2019 roku o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami). Wskazanie, w jaki sposób w ramach realizacji działania zapewniona będzie dostępność osobom ze szczególnymi potrzebami, z uwzględnieniem koniecznych wymagań w zakresie:
2. dostępności architektonicznej (opisać):

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

1. dostępności informacyjno-komunikacyjnej (opisać):

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

3. dostępności cyfrowej (opisać):

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

W indywidualnym przypadku, jeśli podmiot nie jest w stanie zapewnić dostępności architektonicznej i/lub informacyjno-komunikacyjnej i/lub cyfrowej jest zobowiązany zapewnić dostęp alternatywny na podstawie art. 7 ustawy o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

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

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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, tel. 42 663 30 00, e-mail: info@lodzkie.pl.
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych pisząc na adres e-mail: iod@lodzkie.pl lub na adres siedziby Administratora.
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procedury konkursowej na realizację działania pod nazwą: „Zdrowe odżywianie 60+” w ramach zadania „Zdrowe Łódzkie na plus” na podstawie art. 6 ustęp 1 litera e) RODO w związku z ustawą z dnia 11 września z 2015 roku o zdrowiu publicznym oraz na etapie zawierania umowy na podstawie art. 6 ustęp 1 litera 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 <https://zdrowie.lodzkie.pl/>, wnioskujący o udzielenie informacji publicznej, dostawcy systemów informatycznych i usług IT, operatorzy pocztowi i kurierscy dostarczający korespondencję.
5. Dane będą przechowywane przez okres realizacji umowy, a następnie zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 roku o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach przez okres wskazany w Instrukcji Kancelaryjnej, stanowiącej załącznik do 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 (kategoria BE10).
6. Posiada Pan/Pani prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, sprostowania (poprawiania swoich danych), jeśli są błędne lub nieaktualne; usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku wystąpienia przesłanek określonych w art. 17 i 18 RODO, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych na podstawie art. 21 RODO, wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. 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.

………………………………………………………..

(Powyżej podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji Oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 1 do Formularza Oferty**

**Oświadczenie Oferenta**

Oferent oświadcza, że:

* 1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert na realizację działania pn. „Zdrowe odżywianie 60+” w ramach zadania „Zdrowe Łódzkie na plus”.
	2. Wszystkie podane w Formularzu oferty oraz w załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
	3. W stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
	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.
	5. Kwota środków przeznaczona zostanie na realizację działania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie działanie nie będzie finansowane z innych źródeł.
	6. Nie był karany/nie była karana zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie był karany/nie była karana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.
	7. Działanie 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.
	8. Zagwarantuje uczestnikom bezpieczny udział w działaniu.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

………………………………………………………..

(Powyżej podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji Oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu)

**Załącznik nr 3 do Formularza Oferty**

**Oświadczenie Oferenta dotyczące doświadczenia dietetyków wymienionych w punkcie VIII formularza oferty oraz ich zgody na udział w zadaniu.**

Oferent oświadcza, że (zaznaczyć właściwy check box):

[ ]  Osoby, które będą udzielały porad dietetycznych podczas realizacji działania pod nazwą „Zdrowe odżywianie 60+” w ramach zadania „Zdrowe Łódzkie na plus” dysponują kwalifikacjami zawodowymi określonymi w ogłoszeniu.

[ ]  Osoby, które będą udzielały porad dietetycznych podczas realizacji działania pod nazwą „Zdrowe odżywianie 60+” w ramach zadania „Zdrowe Łódzkie na plus” dysponują doświadczeniem zawodowym określonym w ogłoszeniu.

[ ]  Osoby, które będą udzielały porad dietetycznych podczas realizacji działania pod nazwą „Zdrowe odżywianie 60+” w ramach zadania „Zdrowe Łódzkie na plus” wyraziły pisemną zgodę na udział w działaniu (oświadczenia personelu z pisemną zgodą znajdują się w dyspozycji Oferenta).

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

………………………………………………………..

(Powyżej podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji Oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu)