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

(Wstawić powyżej pieczęć Oferenta) (Wstawić powyżej datę)

**FORMULARZ OFERTY**

**na realizację zadania pod nazwą: „Łódzkie promuje zdrowie psychiczne - wsparcie i profesjonalna pomoc psychologiczna. Działanie I – Indywidualne poradnictwo psychologiczne.” – drugi konkurs**

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 zadania (uzupełnić dane):

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

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

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

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

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

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

1. **Miejsce realizacji zadania wraz z opisem warunków lokalowych** (wpisać dokładny adres, opisać warunki lokalowe, przy zapewnieniu możliwości udzielenia porad telefonicznych lub za pomocą popularnych środków telekomunikacyjnych należy wybrać odpowiedni check box ):

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

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

Zapewnienie możliwości udzielenia porad telefonicznych lub za pomocą popularnych środków telekomunikacyjnych jak np. Messenger, WhatsApp, Skype (należy wybrać odpowiedni check box):

[ ]  tak

[ ]  nie

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

Telefonicznie: ………………………………….

Elektronicznie: ………………………………….

Osobiście: ………………………………….

VI. **Grupa wiekowa uczestników** (w przypadku spełnienia niniejszego warunku zaznaczyć check box):

[ ] dzieci i młodzież

1. **Harmonogram działań w ramach zadania – 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 konsultacji.
Minimum 14 dni przed rozpoczęciem udzielania świadczeń realizator zobowiązuje się do poinformowania o tym fakcie województwa.

1. **Wcześniejsza działalność oferenta** w zakresie objętym konkursem (opisowo):

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

1. **Wykaz osób,** które będą realizowały zadanie wraz z określeniem kwalifikacji zawodowych oraz doświadczenia zawodowego. Dodatkowo należy określić kompetencje oraz zakres obowiązków każdej z wymienionych osób podczas realizacji zadania (uzupełnić tabelę, każda kolumna powinna zostać uzupełniona):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Doświadczenie zawodowe** (opisowo, w tym podać liczbę lat doświadczenia)  | **Posiadanie certyfikatu psychoterapeuty** (tak/nie/w trakcie certyfikacji) | **Doświadczenie zawodowe w pracy z dziećmi** (opisowo, w tym podać liczbę lat) | **Kompetencje** | **Zakres obowiązków wynikających z realizacji działania** |
| Kolumna 1 | Kolumna 2 | Kolumna 3 | Kolumna 4 | Kolumna 5 | Kolumna 6 | Kolumna 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **Kosztorys wykonania zadania**

**Planowana liczba osób objętych wsparciem** (minimalna): ................................

**Planowana liczba konsultacji** = planowana liczba osób pomnożonych przez 6 = …………

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

| **Liczba porządkowa** | **Wyszczególnienie** (wszystkie składowe realizacji zadania ze szczególnym uwzględnieniem kosztów administracyjnych) | **Jednostka miary** (np. sztuka, godzina, konsultacja) | **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 zadania w zł, tj. wysokość wnioskowanych środków** (suma kolumny 6) | **……………** |

**Koszt jednej godzinnej konsultacji** = całkowity koszt realizacji zadania podzielony przez planowaną liczbę godzinnych konsultacji: …………… zł

$$Koszt jednej godzinnej konsultacji=\frac{całkowity koszt realizacji zadania }{planowana liczba godzinnych konsultacji}$$

wpisz tekst

**Rodzaj dokumentu księgowego, jaki Oferent będzie wystawiał na Województwo Łódzkie za realizację zadania** (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 zadania 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 zadania pn. „Łódzkie promuje zdrowie psychiczne - wsparcie i profesjonalna pomoc psychologiczna. Działanie I – Indywidualne poradnictwo psychologiczne” 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 drugim konkursie ofert na realizację zadania pn.: „Łódzkie promuje zdrowie psychiczne - wsparcie i profesjonalna pomoc psychologiczna. Działanie I – Indywidualne poradnictwo psychologiczne.”
	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 zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.
	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.
	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 z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U. z 2022, poz. 2240).
	8. Zagwarantuję uczestnikom bezpieczny udział w zadaniu.

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 4 do Formularza Oferty**

**Oświadczenie Oferenta dotyczące doświadczenia osób realizujących zadanie pn.: „Łódzkie promuje zdrowie psychiczne - wsparcie i profesjonalna pomoc psychologiczna. Działanie I - Indywidualne poradnictwo psychologiczne.” oraz ich zgody na udział w nim.**

Oferent oświadcza, że (zaznaczyć właściwy check box):

[ ]  Osoby, które będą realizowały świadczenia w ramach zadania pod nazwą „Łódzkie promuje zdrowie psychiczne - wsparcie i profesjonalna pomoc psychologiczna. Działanie I - Indywidualne poradnictwo psychologiczne” dysponują kwalifikacjami zawodowymi określonymi w ogłoszeniu.

[ ]  Osoby, które będą realizowały świadczenia w ramach zadania pod nazwą „Łódzkie promuje zdrowie psychiczne - wsparcie i profesjonalna pomoc psychologiczna. Działanie I - Indywidualne poradnictwo psychologiczne” dysponują doświadczeniem zawodowym określonym w ogłoszeniu.

[ ]  Personel udzielający świadczeń w ramach zadania pod nazwą: „Łódzkie promuje zdrowie psychiczne - wsparcie i profesjonalna pomoc psychologiczna. Działanie I - Indywidualne poradnictwo psychologiczne” 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.

………………………………………………………..

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