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

(pieczęć oferenta) (miejscowość i data)

**FORMULARZ OFERTY na realizację zadania
pn.: „Łódzkie promuje zdrowie psychiczne i walczy z konsekwencjami pandemii SARS-CoV-2. Wsparcie i profesjonalna pomoc psychologiczna."**

1. **Dane oferenta:**

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

 Dokładny adres (z kodem pocztowym)

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

nr tel.: ……………………………

nr fax: ……………………………

e-mail ……………………………

http:// ……………………………

**NIP** ……………………………

**REGON** ……………………………

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

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

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

1. **Sposób promocji zadania** (proszę 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 „X”)

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

1. **Miejsce realizacji zadania wraz z opisem warunków lokalowych** (dokładny adres)

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

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

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

Telefonicznie: ………………………………….

Elektronicznie: ………………………………….

Osobiście: ………………………………….

VI. **Grupa wiekowa uczestników (zaznaczyć X – można wybrać dwie grupy wiekowe)**

dzieci i młodzież

osoby dorosłe

1. **Harmonogram działań w ramach zadania.** (proszę nie wpisywać dni i miesięcy realizacji, tylko krótki opis poszczególnych etapów, po kolei)

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

**UWAGA! Po podpisaniu umowy realizator będzie zobowiązany, do dostarczenia szczegółowego harmonogramu uwzględniającego dni tygodnia i godziny konsultacji.**

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

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

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

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

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

1. **Wykaz imienny 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.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko (nazwisko panieńskie)** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Doświadczenie zawodowe (podać liczbę lat)**  | **Opisowo doświadczenie zawodowe w pracy z dziećmi oraz podać liczbę lat (w przypadku przeprowadzania konsultacji w grupie dzieci i młodzieży)** | **Kompetencje** | **Zakres obowiązków wynikający z realizacji działania** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Kosztorys wykonania zadania**

**Koszty konsultacji:**

**Minimalna planowana liczba osób, objętych wsparciem: .....................................**

**Koszt 1 konsultacji psychologicznej** (60 min)**: ............................................... zł**

**Koszt wszystkich konsultacji** (minimalna liczba osób x koszt 1 konsultacji psychologicznej x 6):

................................................................ **zł**

**Koszty administracyjne:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **wyszczególnienie** (np. koszt koordynacji zadania, koszt ulotek, plakatów promujących zadanie, koszt wynajmu pomieszczeń) | **jednostka miary** | **liczba jednostek** | **koszt jednostkowy** | **koszt ogółem (brutto)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Razem koszty administracyjne:** |  |

**Uwaga!** Koszty administracyjne nie mogą stanowić więcej niż 10% wnioskowanej kwoty

**Wnioskowana całkowita kwota środków na zadanie** (koszty konsultacji + koszty administracyjne): ......................….. **zł**

**Rodzaj dokumentu księgowego, jaki Oferent będzie wystawiał na Województwo Łódzkie 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 Pani/Pana 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.: „Łódzkie promuje zdrowie psychiczne i walczy
z konsekwencjami pandemii SARS-Cov-2. Wsparcie i profesjonalna pomoc psychologiczna” 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 Pani/Pan 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.: „Łódzkie promuje zdrowie psychiczne i walczy z konsekwencjami pandemii SARS-Cov-2. Wsparcie i profesjonalna pomoc psychologiczna”.

1.2. Oświadczenie Oferenta, że wszystkie podane w Formularzu oferty oraz w 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 - (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 - kserokopię polisy ubezpieczeniowej w zakresie odpowiedzialności cywilnej na okres realizacji zadania objętego konkursem. W przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie trwania umowy na realizację zadania należy również dołączyć zobowiązanie Oferenta do przedłużenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (w formie oświadczenia).

W przypadku braku polisy, Oferent musi złożyć oświadczenie, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.

- załącznik nr 4 – potwierdzenie kwalifikacji osób realizujących konsultacje psychologiczne

4.1. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (kserokopia dyplomu ukończenia studiów, certyfikatu psychoterapeuty lub zaświadczenie odpowiedniego organu
o uczestniczeniu w kursie prowadzącym do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty).

4.2. Oświadczenie Oferenta potwierdzające doświadczenie zawodowe personelu wskazanego do realizacji konsultacji psychologicznych, w indywidualnym poradnictwie (odpowiednio 3 i 5-letnie).

4.3 Oświadczenie Oferenta potwierdzające przynajmniej pięcioletnie doświadczenie zawodowe personelu w pracy z dziećmi w przypadku prowadzenia konsultacji w grupie dzieci i młodzieży.

**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.: „Łódzkie promuje zdrowie psychiczne i walczy z konsekwencjami pandemii SARS-CoV-2. Wsparcie i profesjonalna pomoc psychologiczna".

1.2. Wszystkie podane w Formularzu oferty oraz w 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 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. 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. Zagwarantuję 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 oświadczeń woli
w jego imieniu

**Załącznik nr 4 do Formularza Oferty**

**Oświadczenie Oferenta dotyczące doświadczenia osób realizujących**

**zadanie pn.: „Łódzkie promuje zdrowie psychiczne i walczy z konsekwencjami pandemii SARS-CoV-2. Wsparcie i profesjonalna pomoc psychologiczna" oraz ich zgody na udział w nim.**

Oferent oświadcza, że (właściwe zaznaczyć X):

Osoby, które będą realizowały świadczenia w ramach zadania pn. „Łódzkie promuje zdrowie psychiczne i walczy z konsekwencjami pandemii SARS-Cov-2. Wsparcie
i profesjonalna pomoc psychologiczna" dysponują doświadczeniem zawodowym określonym w pkt. VIa ogłoszenia.

Osoby, które będą realizowały świadczenia w ramach zadania pn. „Łódzkie promuje zdrowie psychiczne i walczy z konsekwencjami pandemii SARS-Cov-2. Wsparcie
i profesjonalna pomoc psychologiczna" w grupie dzieci i młodzieży dysponują co najmniej 5-letnim doświadczeniem zawodowym w pracy z dziećmi.

Personel udzielający świadczeń w ramach zadania pn.: „Łódzkie promuje zdrowie psychiczne i walczy z konsekwencjami pandemii SARS-Cov-2. Wsparcie i profesjonalna pomoc psychologiczna" 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