

**OFERTA  
REALIZACJI ZADANIA W RAMACH GMINNEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI  
I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH NA 2022 ROK**

Składana zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym  
(t.j.Dz.U.2021.1956 ze zm.)

<b>Informacje wypełniane przez Urząd Miasta Łańcuta jako instytucję przyjmującą wniosek</b>
Data złożenia oferty:
Nr kancelaryjny oferty:

<b>Informacje o ofercie</b>
Nazwa zadania zgodnie z ogłoszeniem konkursowym:
Nazwa własna zadania ( tytuł projektu nadany przez oferenta):
Termin realizacji zadania: ( od dd.mm.rrrr do dd.mm.rrrr)
Miejsce realizacji zadania:
Wnioskowana kwota dotacji: :

<b>Informacje o oferencie</b>
Pełna nazwa oferenta:
Forma prawna:
Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym, w innym rejestrze lub ewidencji:
Data wpisu, rejestracji lub utworzenia:
NIP:
REGON:

Adres siedziby:
Nr rachunku bankowego:
Adres siedziby:
Adres do korespondencji:
Osoba/osoby upoważniona/e do podpisywania umowy:
Osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących wniosku (imię i nazwisko oraz nr telefonu)
Zakres działalności oferenta ( w tym przedmiot działalności gospodarczej- jeśli dotyczy) w zakresie spraw objętych zadaniami określonymi w art. 2 ustawy o zdrowiu publicznym.

<b>Szczegółowy opis realizacji zadania wraz z uzasadnieniem</b> (opis musi być spójny z harmonogramem działań i kosztorysem)

<b>Opis grup docelowych ( adresaci zadania)</b>

<b>Opis planowanych rezultatów realizacji zadania</b>

**1. Harmonogram działań w zakresie realizacji zadania:**

Lp.	Nazwa działania	Planowany termin realizacji poszczególnych działań	Miejsce	Skala działania (liczba świadczeń tygodniowo, miesięcznie, liczba odbiorców)



**Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:**

.....  
.....

2) Wysokość środków na realizację zadania:

Źródła finansowania	zł	%
Wnioskowana kwota dofinansowania		
Finansowe środki własne		
Środki finansowe z innych źródeł, w tym opłaty adresatów zadania		
Łączny koszt zadania		100%

**3. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, w zakresie zadania określonego w ogłoszeniu o konkursie ofert;**

.....  
.....

**4. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych oraz zasobie kadrowym i kompetencjach osób zapewniających wykonanie zadania, a także o zakresie obowiązków tych osób;**

1) Zasoby rzeczowe przewidziane do realizacji zadania:

.....  
.....

2) Kadry przewidziane do realizacji zadania:

Lp.	Imię i nazwisko	Posiadane stopnie, kwalifikacje i uprawnienia	Zakres obowiązków.

**Oświadczenia**

**Oświadczam**, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.

**Oświadczam, że nie jestem** karany/a zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

**Oświadczam**, że podmiot składający ofertę jest podmiotem uprawnionym do składania oferty w konkursie zgodnie z § 1 Ogłoszenia o konkursie tj. podmiotem, którego cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego określonymi w art. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz.U. z 2021.1956 ze zm.), w tym organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz. U. z 2020.1057 ze zm.).

**Oświadczam**, 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.

**Oświadczam**, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

**Oświadczam**, że w zakresie związanym z konkursem ofert, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.

Odnosząc się do wyżej złożonych oświadczeń stwierdzam, że:

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

Data.....

(pieczęć wnioskodawcy)

.....

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

**Załączniki:**

- 1) aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących,
- 2) statut podmiotu lub inny dokument potwierdzający przedmiot działalności wnioskodawcy w zakresie spraw objętych zadaniami z art. 2 ustawy o zdrowiu publicznym.
- 3) .....