

.....  
(data i miejsce złożenia oferty)

.....  
.....  
(pieczęć wnioskodawcy)

### OFERTA

w konkursie ofert organizowanym przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Krośnie na podstawie art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1492 ze zm.), o powierzenie zadania realizowanego w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na 2019 rok, pod nazwą: **„Konkurs ofert – na wykonanie zadań realizowanych w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na 2019 rok”**

#### I. Dane dotyczące wnioskodawcy:

1.	Pełna nazwa	
2.	Forma prawna	
3.	Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub w innym rejestrze	
4.	data wpisu, rejestracji lub utworzenia	
5.	Nr NIP	

6.	Nr REGON	
7.	Adres siedziby:	Miejscowość: ..... ul. .... nr ..... kod pocztowy.....
8.	Tel.	
9.	e-mail:	
10.	http://	
11.	Nazwa banku	
12.	Numer rachunku	
13.	Nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy	
14.	Osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących wniosku (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego)	
15.	Przedmiot działalności statutowej	
16.	Jeżeli wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą:	
	a) Numer wpisu w rejestrze przedsiębiorców	
	b) Przedmiot działalności gospodarczej	



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

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa działania</b>	<b>Planowany termin realizacji</b>	<b>Miejsce</b>	<b>Skala działania</b> (liczba świadczeń tygodniowo, miesięcznie, liczba odbiorców)

**V. Informacja o wysokości wnioskowanych środków:**

.....

**VI. Informacja o wysokości współfinansowania realizacji zadania, (jeżeli dotyczy):**

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

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

Zasoby rzeczowe przewidziane do realizacji zadania:

.....

.....

.....

.....

**Kadry przewidziane do realizacji zadania:**

Lp.	Imię i nazwisko	Posiadane stopnie, kwalifikacje i uprawnienia	Zakres obowiązków
1			
2			
3			
4			
5			
6			

**IX. Informacja o wysokości środków przeznaczonych na realizację zadania oraz kosztorys wykonania zadania, w szczególności uwzględniający koszty administracyjne.**

**Wysokość środków na realizację zadania:**

Źródła finansowania	zł	%
Wnioskowana kwota dofinansowania/finansowania		
Finansowe środki własne, w tym:		
<b>Łączny koszt zadania</b>		<b>100%</b>

**Kosztozry ze względu na rodzaj kosztów:**

L.p	Rodzaj kosztów	Liczba Jednostek	Koszt jednostkowy (w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł)	Z tego ze środków otrzymanych (w zł)	Z tego z finansowych środków własnych (w zł)	Numer działania zgodnie z harmonogramem
1	Koszty merytoryczne w tym - - - -							
2	Koszty administracyjne w tym - - -							
3	Inne koszty: - -							
Ogółem								

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

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

**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 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.

Odnosząc się do wyżej złożonych oświadczeń stwierdzam, że:

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

(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.