**FORMULARZ OFERTY**

**I. ZGŁOSZENIE OFERTOWE**

na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego składana zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1608, z późn. zm.)

**NARODOWY PROGRAM ZDROWIA 2021-2025**

**Cel operacyjny NPZ:** ………………………………………………………..

**Nazwa zadania:** …………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Pełna nazwa oferenta, zgodna  z właściwym rejestrem lub dokumentem założycielskim** |  |
| **2** | **Adres siedziby wraz z kodem pocztowym** |  |
| **3** | **Adres do korespondencji (pełny)** |  |
| **4** | **Numer telefonu** |  |
| **5** | **Adres e-mail, adres strony www** |  |
| **6** | **Adres skrzynki ePUAP** |  |
| **7** | **Forma prawna** |  |
| **8** | **Imię i nazwisko osoby upoważnionej / osób upoważnionych do reprezentacji oferenta[[1]](#footnote-1)** |  |
| **9** | **Imię i nazwisko osoby składającej / osób składających ofertę[[2]](#footnote-2)** |  |
| **10** | **Dane kontaktowe osoby/osób upoważnionej/nych do składania wyjaśnień dotyczących oferty i kontaktu w sprawie** |  |
| **11** | **Numer KRS lub innego właściwego dokumentu rejestrowego** **potwierdzającego status prawny oferenta lub numer identyfikatora z rejestru TERYT[[3]](#footnote-3)** |  |
| **12** | **Data złożenia wniosku do CEIDG, NIP, REGON[[4]](#footnote-4)** |  |
| **13** | **Nr księgi rejestrowej w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą[[5]](#footnote-5)** |  |
| **14** | **Nazwa banku i numer konta bankowego oferenta, na które mają zostać przekazane środki z tytułu realizacji zadania** |  |

**II. KONCEPCJA REALIZACJI ZADANIA**

**Opis działań, jakich podjęcie planowane jest w ramach realizacji zadania objętego konkursem ofert.**

Prosimy poniżej w postaci maksymalnie 4 stron A4 tekstu[[6]](#footnote-6) opisać koncepcję przygotowania, zorganizowania i przeprowadzenia zadań, uwzględniając skrótowy opis celów i elementów zadania, a także oczekiwanych efektów realizacji, które określone zostały w ogłoszeniu. W szczególności opis działań powinien zawierać:

**Cele realizacji zadania** *[w szczególności określenie jakie są cele realizacji oferty w kontekście celu zadania z zakresu zdrowia publicznego, cele powinny być możliwe do osiągnięcia, realne i mierzalne, sformułowane zgodnie z teorią SMART[[7]](#footnote-7) oraz winny mieć określone wskaźniki i mierniki realizacji ww. celów, które podlegają monitorowaniu w toku realizacji zadania]*

**Opis grup docelowych realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego** *[w szczególności wskazanie adresatów prowadzonych działań, potrzeb i oczekiwań grupy docelowej, przewidywanej liczby osób/podmiotów objętych działaniami, sposobu i kryteriów rekrutacji – jeśli dotyczy]*

**Szczegółowy opis działań planowanych do realizacji**[[8]](#footnote-8) *[w szczególności wskazanie przedsięwzięć, które będą realizowane i sposobu / narzędzi ich realizacji; uzasadnienie podejmowanych działań w kontekście celu realizowanego zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz trwałości i skuteczności planowanych rezultatów* *w oparciu o najnowsze dostępne dane/badania/analizy. Opis powinien zawierać liczbowe określenie skali działań planowanych do realizacji oraz szacowaną liczbę i rodzaj materiałów planowanych do wytworzenia w trakcie realizacji zadania np. raport częściowy z przeglądu literatury, prezentacja multimedialna, certyfikaty, ankiety, materiały edukacyjne itp.]*

**Zakładane rezultaty realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz opis sposobu ich monitorowania/ewaluacji**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Zakładane rezultaty[[9]](#footnote-9) realizacji zadania*** *(Nazwa rezultatu oraz krótki opis)* | ***Sposób monitorowania/ ewaluacji osiągniętych rezultatów*** *(Należy opisać sposób, w jaki będą mierzone zakładane rezultaty)* | ***Planowany poziom osiągnięcia wskaźnika rezultatu - wartość docelowa na koniec zadania oraz w podziale na poszczególne lata*** *(Wartości powinny być mierzalne)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Materiały planowane do wytworzenia w ramach realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Wytworzone produkty/materiały[[10]](#footnote-10)*** | ***Działanie w ramach którego produkt został wytworzony*** | ***Szacowana liczba wytworzonych materiałów tego samego rodzaju*** | ***Szacowany koszt przeniesienia na Ministra Zdrowia autorskich praw majątkowych*** *(zawarty w koszcie realizacji działania)[[11]](#footnote-11)* | ***Termin przekazania nie później niż***  ***/dd-mm-rrr/*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Szczegółowy harmonogram realizacji zadania objętego konkursem ofert.**

**Harmonogram** powinien odzwierciedlać wszystkie zaplanowane działania wraz z uwzględnieniem terminów ich realizacji.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania*** | ***Terminy realizacji poszczególnych działań*** | | | | | | | |
|  | rok | 202… | | | | 202…. | | | |
|  | kwartały | I | II | III | IV | I | II | III | IV |
| 1. | Działanie 1 … |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1. | poszczególne składowe działania 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. | poszczególne składowe działania 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Działanie 2 … |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1. | poszczególne składowe działania 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2. | poszczególne składowe działania 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Działanie 3 …. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Prosimy opisać szczegółowy harmonogram przygotowania, zorganizowania i przeprowadzenia realizacji działań składających się na zadanie, najlepiej w formie tabelarycznej z podaniem co najmniej kwartałów, w których realizowane będą poszczególne etapy zadania.* ***Podane działania muszą mieć odzwierciedlenie w Planie rzeczowo-finansowym zadania****.*

1. **PLAN RZECZOWO-FINANSOWY**

Należy w formie tabeli sporządzić plan rzeczowo-finansowy realizacji zadania z uwzględnieniem kosztorysu, harmonogramu i zaplanowanych działań, w tym opracowania materiałów. **Należy określić koszty realizacji zadania odrębnie dla każdego roku realizacji**. Szacunkowy koszt realizacji każdego działania powinien odzwierciedlać aktualne ceny rynkowe i zostać zaplanowany przy zachowaniu zasady gospodarności środkami publicznymi, w tym zawierać w sobie szacowany koszt przeniesienia na Ministra Zdrowia praw autorskich do utworów/materiałów wytworzonych w ramach realizacji danego działania.

W koszcie jednostkowym każdego działania należy uwzględnić koszty administracyjne – w przypadku zadań z zakresu zdrowia publicznego procentowy udział kosztów administracyjnych w całości kosztów realizacji zadania wyliczany jest ryczałtowo i wynosi maksymalnie:

* 10% - gdy koszt łączny realizacji zadania wynosi powyżej 1 mln zł,
* 15% - gdy koszt łączny realizacji zadania wynosi poniżej 1 mln zł.

Wysokość wnioskowanych środków na realizację zadania *(całkowita wnioskowana kwota dotacji obejmuje w szczególności wszelkie koszty, opłaty i inne świadczenia, które wnioskodawca zobowiązany jest ponieść w związku z prawidłową realizacją zadania i nie ma możliwości jej zwiększenia)*: ………………………………….

Kwota współfinansowania (jeśli dotyczy), zgodnie z art. 15 ust. 1 pkt 9 ustawy o zdrowiu publicznym:……………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Działanie\**** | ***Wskazanie czy dane działanie będzie realizowane przez oferenta czy inny podmiot zewnętrzny*** | L***iczba oferowanych działań*** | ***Koszt jednostkowy (w zł)*** | | ***Planowany koszt całkowity (w zł) (kolumna 4 x kolumna 5)*** | | ***Udział własny realizatora w % (jeżeli dotyczy)*** | | ***Udział własny realizatora w zł*** *(jeżeli dotyczy)* | | ***Dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia  w zł (kolumna 6 – kolumna 8)*** | ***Rodzaj wydatków***  ***ponoszonych z wnioskowanych środków (dot. kol. 6)***  ***- bieżące/ majątkowe*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | | **5** | | **6** | | **7** | | **8** | **9** | **10** |
| 1. | działanie 1 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 1.1. | poszczególne składowe działania 1 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 1.2. | poszczególne składowe działania 1 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 1.3. | poszczególne składowe działania 1 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 2. | działanie 2 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 2.1. | poszczególne składowe działania 2 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 2.2. | poszczególne składowe działania 2 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 3. | działanie 3 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 3.1 | poszczególne składowe działania 3 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 3.2 | poszczególne składowe działania 3 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| **SUMARYCZNIE** | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| **ŁĄCZNIE KWOTA NA REALIZACJĘ ZADANIA W ROKU…….** | | | | | | | | | | | |  | |
| **KOSZTY ADMINISTRACYJNE W KOSZTACH REALIZACJI ZADANIA W ROKU …. (w zł)** | | | | | | | | | | | |  | |
| **% KOSZTÓW ADMINISTRACYJNYCH W KOSZTACH REALIZACJI ZADANIA W ROKU ….** | | | | | | | | | | | |  | |
| **DEKLAROWANY % UDZIAŁU WŁASNEGO W KOSZTACH REALIZACJI ZADANIA W ROKU ….\*\*** | | | | | | | | | | | |  | |
| **DEKLAROWANY UDZIAŁ WŁASNY W KOSZTACH REALIZACJI ZADANIA W ROKU ….\*\* (w zł)** | | | | | | | | | | | |  | |
| **Dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia (łączna kwota pomniejszona o udział własny), w tym** | | | | | | | | | | | |  | |
| - wydatki bieżące | | | | | | | | | | | |  | |
| - wydatki majątkowe | | | | | | | | | | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ŁĄCZNIE KWOTA NA REALIZACJĘ ZADANIA W LATACH 202..-202..** |  |
| **KOSZTY ADMINISTRACYJNE W KOSZTACH REALIZACJI ZADANIA W LATACH 202..-202.. (w zł)** |  |
| **% KOSZTÓW ADMINISTRACYJNYCH W KOSZTACH REALIZACJI ZADANIA W LATACH 202..-202..** |  |
| **DEKLAROWANY % UDZIAŁU WŁASNEGO W KOSZTACH REALIZACJI ZADANIA W LATACH 202..-202..\*\*** |  |
| **DEKLAROWANY UDZIAŁ WŁASNY W KOSZTACH REALIZACJI ZADANIA W LATACH 202..-202..\*\* (w zł)** |  |
| **Dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia (łączna kwota pomniejszona o udział własny), w tym** |  |
| - wydatki bieżące |  |
| - wydatki majątkowe |  |

\*w razie potrzeby odpowiednio rozszerzyć tabelę poprzez dodanie kolejnych wierszy (działanie/ poszczególne składowe działania), umożliwiających wykazanie wszystkich planowanych do realizacji działań – podczas wypełniania tabeli prosimy o zastępowanie wyrazów działanie/ poszczególne składowe działania odpowiednimi nazwami adekwatnymi dla oferowanego do przeprowadzenia działania, np. wydruk materiałów informacyjnych, organizacja spotkania).

\*\* deklarowany % udziału własnego w kosztach realizacji zadania może wynosić 0.

1. **INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**
2. **Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, związanej z przedmiotem konkursu:**

*Informacja podana poprzez wypełnienie tabeli powinna uwzględniać posiadane przez oferenta doświadczenie w realizacji działań wpisujących się w zakres zadania będącego przedmiotem konkursu, opis realizowanych projektów związanych z przedmiotem konkursu ofert realizowanych przed datą złożenia oferty, ze wskazaniem ich wartości, okresu i zasięgu realizacji, źródła finansowania, w tym programu, instytucji, do której był składany wniosek o dofinansowanie projektu.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa projektu oraz dowód realizacji działania (np. link do strony)*** | ***Okres realizacji*** | ***Rodzaj projektu[[12]](#footnote-12)*** | ***Podmiot finansujący[[13]](#footnote-13)*** | ***Wartość*** | ***Zasięg realizacji*** | ***Krótki opis*** *(do 40 wyrazów)* |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Informacja o zasobach kadrowych oferenta przewidywanych do zaangażowania przy realizacji zadania, kompetencjach i zakresie obowiązków kluczowych osób biorących udział w realizacji zadania**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Imię i nazwisko*** | ***Zakres obowiązków  i sposób zaangażowania przy realizacji zadania*** | ***Posiadane wykształcenie, w tym np. stopień naukowy oraz dziedzina*** | ***Kompetencje i doświadczenie  w wykonywaniu zadań będących przedmiotem zadania*** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

1. **Zasoby rzeczowe niezbędne do realizacji zadania planowane do zakupu w ramach przekazanych środków, ujęte w formie działania w planie rzeczowo-finansowym - uzasadnienie planowanych wydatków.\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa*** | ***Ilość*** | ***Uzasadnienie*** | ***Posiadanie sprzętu danego rodzaju[[14]](#footnote-14)*** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

*\*Jeśli oferent planuje zakup środków trwałych np. laptopy, komputery, drukarki, aparat, rzutnik itp.*

1. **OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, iż:

1. Zapoznałem/zapoznałam\* się z treścią ogłoszenia i załączników do ogłoszenia, w tym ze *Szczegółowym opisem celów i podstawowych elementów oraz oczekiwanych efektów realizacji zadania* określonych w **załączniku nr 1** do przedmiotowego ogłoszenia. Złożona oferta uwzględnia zawarte w ww. załączniku cele i elementy zadania.
2. Zapoznałem/zapoznałam\* się z treścią z ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1608) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. z 2021 r. poz. 642).
3. Podmiot, który reprezentuję spełnia warunki podmiotowe wskazane w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1608).
4. Podmiot, który reprezentuję posiada aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej *(dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą)*.
5. Potwierdzam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę, który reprezentuję, nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.
6. Podmiot składający niniejszą ofertę nie zalega z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych oraz z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
7. Nie zostałem/zostałam\* ukarany/ukarana\* zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłem/byłam\* karany/karana\* za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.
8. Podmiot, który reprezentuję został wyłoniony w postępowaniu konkursowym na wybór realizatora zadania będącego przedmiotem konkursu w latach 2016 – 2022, zawarł z Ministrem Zdrowia umowę na realizację zadania oraz otrzymał środki publiczne na jego realizację w danym roku:

☐ TAK – został wyłoniony,

☐ NIE – nie został wyłoniony.

1. Podmiot, który reprezentuję jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki publiczne i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.
2. W przypadku wyboru podmiotu, który reprezentuję na Realizatora zadania, kwota przyznanych środków publicznych przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i zapisami umowy oraz w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.
3. W przypadku wyboru podmiotu, który reprezentuję na Realizatora zadania, podmiot nie będzie finansował tych samych wydatków w ramach innego zadania lub zadań zbieżnych merytorycznie, realizowanych w ramach innych projektów, z więcej niż jednego źródeł finansowania (tzw. podwójne finansowanie).
4. Podmiot, który reprezentuję, posiada przychody z innych źródeł na realizacje zadań tego samego rodzaju, co zadanie stanowiące przedmiot konkursu, uwzględniające również działalność spółek względem oferenta dominujących lub zależnych w rozumieniu art. 4 pkt 14 i 15 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o ofercie publicznej i warunkach wprowadzenia instrumentów finansowych do zorganizowanego systemu obrotu oraz o spółkach publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2554):

☐ TAK – posiada przychody,

☐ NIE – nie posiada przychodów.

1. Zobowiązuję się do przyszłego przeniesienia na Ministra Zdrowia całości autorskich praw majątkowych do wszystkich utworów powstałych w ramach realizacji niniejszego zadania, uprawniających do nieograniczonego w czasie korzystania i rozporządzania utworami w kraju i za granicą na wszystkich znanych polach eksploatacji, wraz z prawem do wykonywania praw zależnych.
2. Podmiot, który reprezentuję zapewni kadrę niezbędną do realizacji przedmiotu konkursu ofert. W przypadku, gdy w zakresie własnych zasobów kadrowych nie znajdą się osoby właściwe do realizacji poszczególnych działań wynikających z realizacji przedmiotu konkursu ofert, podmiot, który reprezentuję zleci realizację tych działań właściwym podmiotom/osobom. Zobowiązuję się jednocześnie do wyłonienia właściwych podmiotów/ osób w sposób zapewniający zachowanie uczciwej konkurencji i równe ich traktowanie.
3. Jestem świadom/świadoma\*, iż dysponentowi środków publicznych przysługuje prawo do przeprowadzenia kontroli w siedzibie realizatora zadania oraz odbierania oświadczeń w ramach kontroli od osób reprezentujących jednostkę.
4. Dane zawarte w ofercie są prawdziwe.
5. Wszystkie dane zawarte w ofercie składanej w wersji elektronicznej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem uprawniony do reprezentowania oferenta.
6. Jestem świadom/świadoma\* skutków niezachowania wskazanej formy komunikacji oraz zobowiązuję się do prowadzenia elektronicznej korespondencji dotyczącej postępowania konkursowego oraz w przypadku wyboru na realizatora zadania, dalszej korespondencji dotyczącej zawarcia i realizacji umowy. Jestem świadom/świadoma\*, iż oferta złożona w wersji papierowej pozostanie bez rozpatrzenia.
7. Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszej ofercie:

☐ nie stanowią tajemnicy przedsiębiorcy w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r. poz. 902) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom;

☐ stanowią tajemnicę przedsiębiorcy w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r. poz. 902) i podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom. Tajemnicę przedsiębiorcy zawierają następujące części oferty ……. *(uzupełnić)* ze względu na *………………………………………………………………………………...(uzupełnić właściwe uzasadnienie)*.

1. W zakresie związanym z konkursem ofert, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem   
   i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których dotyczą te dane, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz rozporządzeniem 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) (tzw. ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO).
2. W przypadku wyboru podmiotu, który reprezentuję na realizatora zadania z zakresu zdrowia publicznego, zobowiązuję się do prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej otrzymanych środków oraz dokonywanych z tych środków wydatków dla zadań realizowanych w ramach umowy.
3. Zobowiązuję się do bieżącego zapoznawania się z informacjami na temat postępowania konkursowego, zamieszczanymi na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia (<https://www.gov.pl/web/zdrowie>), co najmniej do dnia publikacji ogłoszenia o wyborze Realizatora/Realizatorów zadania.
4. Wszelkie dane finansowe zawarte w ofercie zostały potwierdzone przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń finansowych (osobę odpowiedzialną za prowadzenie ksiąg rachunkowych).
5. Jestem świadomy/świadoma\* odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń. Odpowiedzialność karną za poświadczenie nieprawdy przewiduje art. 271 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm.).
6. Podmiot, który reprezentuję posiada środki na współfinansowanie zadania, zgodnie z art. 15 ust. 1 pkt 9 ustawy o zdrowiu publicznym *(jeśli dotyczy).*

*\*niepotrzebne skreślić*

**Imię i nazwisko *(wpisać właściwe)***

/dokument podpisany elektronicznie/

1. W przypadku nieuwzględnienia w KRS zmiany dotyczącej osoby/osób upoważnionych do reprezentacji oferenta należy dołączyć oświadczenie o reprezentacji oferenta przez inną osobę/ inne osoby upoważnione, niefigurujące w KRS wraz z dokumentem potwierdzającym zmianę w reprezentacji oferenta. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku jeżeli jest to osoba inna bądź są to osoby inne, niż wskazane we właściwym dokumencie rejestrowym do reprezentacji oferenta. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku podmiotów, o których mowa w art. 36 i art. 49 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz. U. z 2018 r. poz. 986, z późn. zm.), należy podać numer KRS, o którym mowa w § 2 pkt 3rozporządzenia z dnia 17 listopada 2014 r.Ministra Sprawiedliwości w sprawie szczegółowego sposobu prowadzenia rejestrów wchodzących w skład krajowego rejestru sądowego oraz szczegółowej treści wpisów w tych rejestrach [(Dz. U. z 2014 r. poz. 1667, z późn.zm.)](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtgaydoobsg42tm), dzięki któremu w wyszukiwarce KRS będzie można odszukać dane zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień sporządzania oferty lub numer i nazwę innego, właściwego dokumentu rejestrowego potwierdzającego status prawny oferenta wraz z danymi osoby (osób) upoważnionej (upoważnionych) do reprezentowania oferenta. W przypadku nieuwzględnienia w KRS zmiany dotyczącej osoby/osób upoważnionych do reprezentacji oferenta należy dołączyć oświadczenie o reprezentacji oferenta przez inną/e osobę/osoby upoważnioną/e, niefigurujące w KRS wraz z dokumentem (uchwała, statut, powołanie, kopia złożonego KRS ZK) potwierdzającym zmianę w reprezentacji oferenta. W przypadku przedsiębiorców będących osobami fizycznymi, oświadczenie o uzyskaniu wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, o której mowa w art. 2 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 541, ) albo o dacie złożenia wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. W przypadku podmiotów, o których mowa należy podać identyfikator i nazwę jednostki podziału terytorialnego kraju zgodnie z załącznikiem nr 1. *Identyfikatory i nazwy jednostek podziału terytorialnego kraju.* rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz.U. 1998 Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.) i krajowym rejestrze urzędowym podziału terytorialnego kraju (rejestr TERYT). [↑](#footnote-ref-3)
4. Jeżeli dotyczy, podanie NIP i REGON jest wymagane od oferentów identyfikujących się poprzez datę złożenia wniosku do CEIDG. [↑](#footnote-ref-4)
5. Jeżeli dotyczy, wymagane od podmiotów wykonujących działalność leczniczą: numer wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, z późn. zm.), a w przypadku, o którym mowa w art. 104 tej ustawy kopię zawiadomienia, o którym mowa w tym przepisie, uwierzytelnioną przez osobę albo osoby uprawnione do reprezentacji oferenta. [↑](#footnote-ref-5)
6. strony formatu A4, tekst pisany czcionką Arial, wielkość 11, interlinia 1,0 lub adekwatne przedstawienie informacji w formie tabelarycznej lub innej zagregowanej z zachowaniem ww. określonej objętości i wielkości treści. [↑](#footnote-ref-6)
7. Metoda SMART (z ang. smart,measurable, achievable, relevant, timely defined) wskazuje najważniejsze cechy poprawnie wyznaczonego celu. Cel SMART powinien być: prosty, mierzalny, osiągalny, istotny i określony w czasie [↑](#footnote-ref-7)
8. Opis działań musi być spójny z harmonogramem działań i kosztorysem - wskazane działania winny zostać ujęte w kosztorysie. [↑](#footnote-ref-8)
9. W miejscu tym należy wskazać zakładane rezultaty realizowanego zadania. Przykłady rezultatów realizacji zadania: podniesienie świadomości wśród grupy docelowej, uzyskanie konkretnych kompetencji, uprawnień, nawiązanie współpracy, wdrożenie rozwiązań opracowanych w badaniach. [↑](#footnote-ref-9)
10. W kolumnie tej należy uwzględnić wszelkie planowane do wytworzenia/opracowania w ramach realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego utwory i materiały np. edukacyjne, informacyjne, promocyjne, reklamowe (ulotki, broszury, plakaty, billboardy, informacje prasowe, strona internetowa itp.), których opracowanie i upowszechnienie zostało sfinansowane w ramach niniejszej umowy, oraz działania zrealizowane w ramach umowy (warsztaty, spotkania, konferencje, reklamy TV i radio itp.) jak również zakupiony sprzęt oraz listy obecności, formularze zgłoszeniowe, wszelkie zaświadczenia o uczestnictwie lub inne certyfikaty. [↑](#footnote-ref-10)
11. Zgodnie z ogłoszeniem oraz udostępnionymi przy ogłoszeniu ogólnymi warunkami umowy na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego w ramach Narodowego Programu Zdrowia, wszelkie autorskie prawa majątkowe do materiałów i utworów wytworzonych w ramach zadania, w tym wykonywanie prawa zależnego, zostają przeniesione na Ministra Zdrowia w ramach zapłaty za realizację zadania – koszt przeniesienia autorskich praw majątkowych musi być uwzględniony w koszcie działania, w wyniku którego dany utwór/materiał zostanie opracowany. [↑](#footnote-ref-11)
12. Np. program edukacyjny, kampania społeczna, program polityki zdrowotnej itp. [↑](#footnote-ref-12)
13. Należy podać nazwę zleceniodawcy, w przypadku gdy projekt prowadzony był w ramach zadań oferenta ze środków własnych należy wpisać nazwę podmiotu składającego ofertę. [↑](#footnote-ref-13)
14. Należy wpisać TAK lub NIE. [↑](#footnote-ref-14)