Załącznik nr 1 do ogłoszenia

stanowiącego załącznik nr 1

do zarządzenia nr 185 z dnia 8 października 2019 r.

……….……………….………………

data i miejsce złożenia oferty

(wypełnia organ administracji publicznej)

.………………..

(pieczęć podmiotu)

**OFERTA**

**na realizację zadania publicznego Gminy Miejskiej Ostróda**

**w zakresie   
Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Programu Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta Ostróda rok 2019**

NAZWA ZADANIA:

**Profilaktyczne działania edukacyjne ukazujące formy spędzania wolnego czasu bez alkoholu, narkotyków oraz innych używek pod hasłem „Młodzież wolna od uzależnień”**

ORGAN ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ,

DO KTÓREGO ADRESOWANA JEST OFERTA:

**BURMISTRZ MIASTA OSTRÓDY**

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 11 września 2015r. o zdrowiu publicznym

(Dz.U. z 2018 r. poz. 1492 ze zm.)

Okres realizacji zadania:   
(zgodny z załączonym harmonogramem)

od ....................................................... do .......................................................

**I. Dane na temat podmiotu**

1. Nazwa podmiotu: .............................................................................................................................................................

2. Dokładny adres:

miejscowość: ......................................................... ul.: ......................................................................

nr budynku:………………. Nr lokalu……………….kod pocztowy: …………...…poczta: ……… tel.: ................................................. fax: ...........................e-mail: ...................................................... http:// ..................................................................................

3. Forma prawna: .............................................................................................................................................................

4. Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego rejestru/ewidencji: ..............................

5. Nr NIP: ..............................................................., REGON................................................................

6. Nazwa banku i numer rachunku: …………………………………………………..............................................................................

7. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy na realizację zadania publicznego:

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

8. Osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko, funkcja oraz nr telefonu kontaktowego)

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

**II. Szczegółowy sposób realizacji zadania. Informacje na temat programu/ działań profilaktycznych**

1. Nazwa programu

|  |
| --- |
|  |

1. Cele zadania (główny, szczegółowe, z określeniem czynników ryzyka, jakie program profilaktyczny ma redukować oraz czynników chroniących, jakie ma wzmacniać)

|  |
| --- |
|  |

1. Szczegółowy sposób realizacji zadania publicznego

* Główne założenia zadania publicznego, opis działań, opis realizacji uwzględniający specyfikę programu profilaktycznego, rodzaj i zakres poszczególnych zadań, liczba osób objętych zadaniem (w tym liczba grup), sposób rekrutacji uczestników, charakterystyka odbiorców

|  |
| --- |
|  |

1. Realizowane strategie profilaktyczne

|  |
| --- |
|  |

1. Metody pracy

|  |
| --- |
|  |

**III. Termin i miejsce realizacji zadania (dokładny adres, telefon, adres mailowy)**

|  |
| --- |
|  |

**IV. Harmonogram planowanych działań w zakresie realizacji zadania publicznego z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia**

Zadanie publiczne realizowane w okresie od ………….…..………… do …..…..……………….…

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania publicznego** | **Terminy realizacji poszczególnych działań** | **Miejsce** | **Uwagi** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |

**Szczegółowy harmonogram realizacji programu profilaktycznego**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Temat zajęć** | **Osoba prowadząca** | **Czas trwania zajęć  i godziny, w których odbywają się zajęcia** | **Miejsce zajęć** | **Termin realizacji zajęć** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |

**V. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych oraz zasobie kadrowym\* i kompetencje osób zapewniające wykonanie zadania wraz z ich zakresem obowiązków \***(kserokopia dokumentów potwierdzająca posiadane kwalifikacje za potwierdzeniem z oryginałem)

|  |
| --- |
|  |

**VI. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu, jeżeli działalność ta dotyczy zadania określonego w ogłoszeniu konkursowym**

|  |
| --- |
|  |

**VII. Informacja o wysokości wnioskowanych środków**

|  |
| --- |
|  |

**VIII. Informacja o wysokości współfinansowania. Wkładu własnego dotycząca realizacji zadania (min. 10% - warunek konieczny)**

**IX. Kosztorys realizacji zadania**

1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztów** | **Ilość jednostek** | **Koszt jednostkowy**  **(w zł)** | **Rodzaj  miary** | **Koszt całkowity** | **Koszt z dotacji**  **(w zł)** | **Kwota**  **współfinansowana** |
| **1.** | Koszty administracyjne:  w tym  -  -  - |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | Koszty merytoryczne:  w tym  -  -  - |  |  |  |  |  |  |
| **3.** | Inne koszty  -  -  - |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem | |  |  |  |  |  |  |

2. Przewidywane źródła finansowania zadania (100% stanowi całkowita wartość projektu, czyli suma wnioskowanej kwoty dofinansowania i współfinansowania)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Źródło finansowania** | **zł** | **%** |
| Kwota dofinansowania |  |  |
| Kwota współfinansowania (np. wkład własny) |  |  |
| Ogółem |  | 100% |

………………………………………………………………

(pieczęć podmiotu oraz podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)

Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)

|  |
| --- |
|  |

**Załącznik**

**do wzoru oferty na realizację**

**zadania publicznego**

**Szczegółowy harmonogram realizacji programu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Temat zajęć** | **Osoba prowadząca** | **Czas trwania zajęć  i godziny, w których odbywają się zajęcia** | **Miejsce zajęć** | **Termin realizacji zajęć** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |

**Do oferty należy załączyć**

1. szczegółowy harmonogram programu
2. aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących,
3. aktualny statut oferenta (nie dotyczy parafii i innych kościelnych osób prawnych nieposiadających statutu organizacji pożytku publicznego),
4. oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków finansowych (zał. nr 3),
5. 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 (zał. nr 3),
6. oświadczenie, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązaniu się oferenta do utrzymania ww. rachunku do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym (zał. nr 3),
7. oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania 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 (zał. nr 3),
8. oświadczenie o podatku VAT (zał. nr 4),
9. oświadczenie o poufności danych (zał. nr 5).

**Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu konkursu ofert i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.**

(pieczęć wnioskodawcy)

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

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

\* **Pouczenie:** Składający oświadczenia jest obowiązany do zawarcia w nich klauzuli następującej treści: ”Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań – podstawa art. 17 ust 4 z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U z 2018r., poz.1492 ze zm.).