**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

- **Informacje o Oferencie**

**do ogłoszenia o konkursie nr WSS-I.3.2018.WP na realizację zadania pn. "Przeciwdziałanie nadwadze i otyłości wśród dzieci w wieku 8 lat uczęszczających do szczecińskich szkół podstawowych**"

1. Dane oferenta (pełna nazwa, adres, telefon, e-mail, NIP, REGON, r wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą)

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

1. Nazwisko i imię osoby upoważnionej do reprezentowania (telefon kontaktowy)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………............................,,,,,,,,,,,,,...............................................................

1. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację koordynator ,,Programu” (telefon kontaktowy, e-mail)

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

1. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nr i data wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

……………………………………………………………………………………………………………  
……………………………………………………………………………………………………………

5.Nazwa banku i nr konta bankowego

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

6. Zasoby kadrowe przewidziane do zaangażowania przy realizacji ,,Programu”:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe | Zakres działań w ramach realizacji przedmiotu ,,Programu” |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

7. Miejsce realizacji planowanych badań przesiewowych i interwencji specjalistycznych  
 (m.in. nazwa, adres i telefon kontaktowy; dni i godziny realizacji badań i interwencji).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **nazwa** | **adres** | **tel. kontaktowy** | | **dni i godziny realizacji zadań** |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |

8.Wskazanie podwykonawców i podmiotów planowanych do realizacji ,,Programu” **oraz zakres współpracy** (nazwa, imię i nazwisko osoby/osób upoważnionych do reprezentowania podwykonawcy, adres, telefon, e-mail): ………………………………………………………………………………………………………….   
 ……………………………………………………………………………………………….…………

9. Zakładane rezultaty realizacji zadania :…………………………………..…………….…………

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

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

10.Planowane działania informacyjno- promocyjne:……..………………………………………   
  
……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

11.Planowane działania edukacyjne (adresaci)…… …………………………………………......

……………………………………………………………………………………………………………

12. Doświadczenie Oferenta tak/nie (\*niepotrzebne skreślić) w realizacji zadań/świadczeń/   
 i programów polityki zdrowotnej, proszę podać:  
 a) nazwę realizowanych zadań/świadczeń/programów):  
 …………………………………..………………………………………………………………..  
 ……………………………………………………………………………………………………;  
 b) okres realizacji:………………………………………………………………………………...;  
 c) liczbę odbiorców:………………………………………………………………………………

13. Okres realizacji ,,Programu”: od dnia zawarcia umowy do 30.11.2021 r.

Szczecin, dnia ………………… ....................................................  
 /podpis osoby upoważnionej   
 do reprezentowania oferenta/

Do oferty należy dołączyć:  
a) wypis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;

b) wypis z Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji   
 o Działalności Gospodarczej określający aktualny stan prawny i faktyczny;  
c) statut oferenta;  
d) kopię decyzji w sprawie nadania numeru NIP (jeżeli został nadany);  
e) kopię zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON;  
f) kopię polisy ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w  
 związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych ważna w okresie wykonywania umowy, bądź  
 zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej   
 lub jej przedłużenia, w przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie wykonywania   
 umowy;  
g) oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi   
 warunkami konkursu (załącznik Nr 1);  
h) oświadczenia Oferenta potwierdzające liczbę i kwalifikacje zawodowe osób  
 realizujących zadanie objęte konkursem;  
i) oświadczenia Oferenta, że spełnienia wszystkie wymagania zawarte w szczegółowych   
 warunkach konkursu (załącznik Nr 1);

j) oświadczenia Oferenta w zakresie zgodności danych zawartych w formularzu ofertowym  
 ze stanem faktycznym i prawnym;

k) oświadczenia Oferenta w zakresie podpisania umów o współpracy z podwykonawcami  
 w ramach realizacji ,,Programu”;

l) oświadczenia potwierdzające, że w stosunku do Oferenta nie stwierdzono niezgodnego   
 z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;  
m) oświadczenie Oferenta o niekaralności i zakazem pełnienia funkcji związanych  
 z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo   
 lub umyślne przestępstwo skarbowe:  
n) opis sposobu realizacji zadania zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu   
 wraz z harmonogramem poszczególnych etapów realizacji ,,Programu” z  
 uwzględnieniem przedziałów czasowych ( w tym liczby przewidzianych godzin działań  
 edukacyjnych dla dzieci, rodziców/opiekunów i innych osób uczestniczących w  
 ,,Programie”)**.**