

Burmistrz Miasta Łęczyny
reprezentujący Gminę Łęczyny
z siedzibą przy ul. Łędzińskiej 55 w Łęczynach
działając na podstawie

art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 446 z późn. zm.), art. 115, 116 i art. 114 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zm.) w związku z art. 4¹ ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 487 z późn. zm.)

**ogłasza konkurs ofert dla publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej
świadczących usługi w zakresie ochrony zdrowia w 2017 roku**

I. Rodzaje zadań

1. Prowadzenie terapii wspierającej proces leczenia pacjentów uzależnionych od alkoholu, nie objętej kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia, obejmującej terapię grupową i indywidualną osób uzależnionych i współuzależnionych.
 - 1a. Zorganizowanie obozu terapeutycznego dla pacjentów uzależnionych od alkoholu i osób współuzależnionych będących pacjentami Poradni Leczenia Uzależnień. Górny limit dofinansowania na uczestnika obozu terapeutycznego zgodnie z uchwałą Rady Miasta Łęczyny Nr XXXV/264/16 z dnia 22.12.2016 r. wynosi:
 - 80 % ogólnych kosztów organizowanego obozu terapeutycznego dla osoby uzależnionej,
 - 70 % ogólnych kosztów organizowanego obozu terapeutycznego dla osoby współuzależnionej (również dziecko).
2. Prowadzenie terapii wspierającej proces leczenia pacjentów uzależnionych od narkotyków, nie objętej kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia, obejmującej terapię grupową i indywidualną osób uzależnionych i członków ich rodzin.

II. Wysokość środków przeznaczonych na realizację zadań

zadanie	Rok 2016	Rok 2017
ust. I pkt. 1	8.000,- zł	8.000,- zł
ust. I pkt. 1a	4.000,- zł	4.000,- zł
ust. I pkt. 2	5.000,- zł	6.000,- zł

III. Warunki przyznania środków

1. W konkursie mogą brać udział publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej bez względu na formę prawną prowadzonej działalności, świadczące usługi w zakresie ochrony zdrowia w 2017 roku.
2. Warunkiem realizacji zadania jest dysponowanie przez oferenta odpowiednią bazą lokalową oraz kadrami posiadającą wymagane kwalifikacje.
3. Składane dokumenty muszą być opatrzone datą, pieczęcią oraz podpisem osoby statutowo upoważnionej do reprezentowania oferenta; z kolei dokumenty składane jako ich kopie muszą być opatrzone podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta z dopiskiem „za zgodność z oryginałem”.
4. Braki formalne w złożonej ofercie wykluczają ją z dalszej procedury konkursowej.

IV. Termin składania ofert

1. Kompletne oferty sporządzone zgodnie z wzorem obowiązującego formularza, w zamkniętej kopercie z napisem „Konkurs” wraz z nazwą zadania należy składać w Sekretariacie Urzędu Miasta Łęczyny w okresie od 10.03.2017 r. do 23.03. 2017 r. w dniach pracy Urzędu Miasta tj:
 - poniedziałek od godz. 7.30 do godz. 17.00;
 - od wtorku do czwartku od godz. 7.30 do godz. 15.30;
 - w piątek od godz. 7.30 do 14.00.
2. Zainteresowani mogą zapoznać się z warunkami oraz materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu, w tym z projektem umowy u Głównego Specjalisty ds. Wojskowych, Zarządzania Kryzysowego, Obrony Cywilnej i EPG Urzędu Miasta Łęczyny pok. 105 do dnia 22.03.2017r. do godz. 15.30.
3. Wzór ofert można pobrać ze strony internetowej UM Łęczyny lub u Głównego Specjalisty ds. Wojskowych, Zarządzania Kryzysowego, Obrony Cywilnej i EPG Urzędu, pok. 105 w dniach pracy Urzędu Miasta tj:
 - poniedziałek od godz. 7.30 do godz. 17.00;
 - od wtorku do czwartku od godz. 7.30 do godz. 15.30;
 - w piątek od godz. 7.30 do 14.00.

V. Termin i kryteria stosowane przy dokonywaniu wyboru ofert

1. Wyboru ofert dokona Komisja Konkursowa powołana przez Burmistrza Miasta Łęczyny w ciągu 7 dni od dnia zakończenia składania ofert.
2. Przy wyborze ofert będą brane pod uwagę:
 - zgodność przedłożonych dokumentów z wymaganymi załącznikami,
 - zgodność ofert z tematem konkursu,
 - zawartość merytoryczna,
 - koszt programu wraz z ceną jednostkową,
 - możliwości lokalowe oferenta,
 - dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań.
3. Oferent jest związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowaną

skargę.

5. Oferent może złożyć do udzielającego zamówienia umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wynikach.
6. Zleceniodawca zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz przesunięcia terminu składania ofert.

VI. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w dniu 31.03.2017 roku w siedzibie Zamawiającego do godz. 15.30.

VII. Umowa na realizację w/w zadania zostanie zawarta na okres od 03.04.2017 do 31.12.2017 roku.

**Burmistrz Miasta Łęczyny
mgr Krystyna Wróbel**

Umowa nr BW. .GPPi RPA.2017

Zawarta w dniu roku pomiędzy Gminą Łędziny z siedzibą przy ul.Łędzińskiej 55 w Łędzinach, NIP : 646-10-30-597 którą reprezentuje:

1. Burmistrz Miasta Łędziny
zwaną dalej „Zleceniodawcą”

- mgr Krystyna Wróbel

a

.....
zwanym dalej Zleceniobiorcą reprezentowanym przez:

.....
Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 446), art. 115, 116 i art. 114 ust. 1 pkt 5, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2016 r., poz.1638 z późn. zm.) w związku z art. 4¹ ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tj . Dz. U. z 2016r., poz. 487 z późn. zm.) po przeprowadzeniu konkursu ofert o następującej treści:

§ 1

1.Zleceniodawca zleca Zleceniobiorcy realizację zadania pn:” Prowadzenie terapii wspierającej proces leczenia pacjentów uzależnionych od alkoholu, nie objętej kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia, obejmującej terapię grupową i indywidualną osób uzależnionych i współuzależnionych”, zgodnie z przedłożoną ofertą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

1a. Zorganizowanie obozu terapeutycznego dla pacjentów uzależnionych od alkoholu i osób współuzależnionych będących pacjentami Poradni Leczenia Uzależnień. Górny limit dofinansowania na uczestnika obozu terapeutycznego zgodnie z uchwałą Rady Miasta Łędziny Nr XXXV/264/16 z dnia 22.12.2016 r. wynosi:

- 80 % ogólnych kosztów organizowanego obozu terapeutycznego dla osoby uzależnionej,
- 70 % ogólnych kosztów organizowanego obozu terapeutycznego dla osoby współuzależnionej (również dziecko).

2.Dokumentacja pracy z grupą w ramach powyższych zadań powinna zawierać kartę prac grupy z harmonogramem zajęć i programem pracy oraz indywidualne karty uczestników terapii wraz z lista obecności. .

3. Zleceniodawca oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej (art.

25 ustawy o działalności leczniczej) za szkodę wyrządzoną przy udzieleniu świadczeń.

4. Termin realizacji zadania ustala się na czas od 03.04.2017 do 31.12.2017 roku.

5. Po zakończeniu zadania Zleceniobiorca złoży Zleceniodawcy sprawozdanie merytoryczne i finansowe z jego realizacji.

§2

1. Za realizację zadań określonych w § 1 ust. 1 Zleceniobiorca otrzyma wynagrodzenie w wysokości **12.000,00 zł** brutto (słownie: dwanaście tysięcy złotych oo/100).

2. Zleceniodawca będzie dokonywał płatności za realizację zadań określonych w § 1 ust. 1 w okresach trzymiesięcznych, zgodnie z faktycznymi wykonanymi pracami, na konto
Zleceniobiorcy

.....

w terminie 14 dni od przedłożenia przez Zleceniobiorcę faktury wraz z informacją merytoryczno - finansową o zakresie wykonanego zadania, zatwierdzoną przez Głównego Specjalistę ds Wojskowych, Zarządzania Kryzysowego, Obrony Cywilnej i Ewidencji Podmiotów Gospodarczych Urzędu Miasta Łęczyny – mgr Urszulę Pomietło-Rudol.

3. Termin wykorzystania środków finansowych, nie może być dłuższy niż do 31.12.2017 roku.

4. Termin zwrotu niewykorzystanej części środków finansowych, nastąpi w terminie do dnia 15.01.2018 roku.

5. Zadania określone w § 1 ust. 1 finansowane będą ze środków budżetowych z **działu 851, rozdział 85154 § 4300.**

6. Przedstawicielem Zleceniobiorcy, odpowiedzialnym za wykonanie zadania i rozliczenie przyznanych środków jest

.....

§ 3.

1. Zleceniodawca poprzez Głównego Specjalistę ds Wojskowych, Zarządzania Kryzysowego, Obrony Cywilnej i Ewidencji Podmiotów Gospodarczych Urzędu Miasta Łęczyny – mgr Urszulę Pomietło- Rudol zastrzega sobie prawo do merytorycznego nadzoru nad wykonaniem zadania.

2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do poddania kontroli realizacji zadania dokonywanej w miejscu jego realizacji lub w miejscu wyznaczonym przez Zleceniodawcę. Kontrola może być przeprowadzona w toku realizacji zadania lub po jego realizacji.

3. Zleceniobiorca w celu umożliwienia przeprowadzenia kontroli udostępni pomieszczenie i sprzętu dla osób kontrolujących.

4. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przedłożenia wszelkich dokumentów dotyczących zleconego zadania oraz do umożliwienia przeprowadzenia oględzin w miejscu realizacji zadania.

§ 4

1. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia stron z miesięcznym okresem wypowiedzenia w przypadku wystąpienia okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonanie umowy. Skutki finansowe i ewentualny zwrot środków finansowych strony określą w sporządzonym protokole.

2. Umowa może być rozwiązana przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku odmowy Zleceniobiorcy poddania się kontroli, bądź w terminie określonym przez Zleceniodawcę jeżeli Zleceniobiorca nie doprowadzi do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.

§ 5

Ewentualne spory powstałe na tle wykonaniem niniejszej umowy strony poddadzą rozstrzygnięciu właściwego, ze względu na siedzibę Zleceniodawcy sądowi powszechnemu.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

§ 7

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 8

Umowa niniejsza została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach:
1 egz. dla Zleceniobiorcy, 2 egz. dla Zleceniodawcy.

Zleceniodawca:

Zleceniobiorca:

.....

.....

ZAŁĄCZNIKI:

1/ oferta na świadczenie zdrowotne na realizację zadania publicznego w zakresie ochrony zdrowia pn;” Prowadzenie terapii wspierającej proces leczenia pacjentów uzależnionych od alkoholu, nie objętej kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia, obejmującej terapię grupową i indywidualną osób uzależnionych i współuzależnionych”.

Wzór umowy

Umowa nr BW.GPPN.2017

Zawarta w dniu 12.01.2016 roku pomiędzy Gminą Łędziny z siedzibą przy ul. Łędzińskiej 55 w Łędzinach, NIP : 646-10-30-597 którą reprezentuje:

1.

Burmistrz Miasta Łędziny - **mgr Krystyna Wróbel**
zwaną dalej „Zleceniodawcą”

a

.....

zwanym dalej „Zleceniobiorcą” reprezentowanym przez:

.....

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tj. Dz. U. z 2016 r. , poz. 446 z późn.zm.), art. 115, 116 i art. 114 ust. 1 pkt 5, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2016 r., poz.1638 z późn. zm.)w związku z art. 4¹ ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tj. Dz. U. z 2016r., poz. 487 z późn.zm.) po przeprowadzeniu konkursu ofert o następującej treści:

§ 1

1. Zleceniodawca zleca Zleceniobiorcy realizację zadania pn;” Prowadzenie terapii wspierającej proces leczenia pacjentów uzależnionych od narkotyków, nie objętej kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia, obejmującej terapię grupową i indywidualną osób uzależnionych i członków ich rodzin”, zgodnie z przedłożoną ofertą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
2. Dokumentacja pracy z grupą w ramach powyższych zadań powinna zawierać kartę indywidualną uczestników terapii. Terapię powinna ukończyć minimum 1 osoba.
3. Zleceniodawca oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej (art. 25 ustawy o działalności leczniczej) za szkodę wyrządzoną przy udzieleniu świadczeń.
4. Termin realizacji zadania ustala się na czas od 03. 04. 2017 do 31.12.2017 roku.
5. Po zakończeniu zadania Zleceniobiorca złoży Zleceniodawcy sprawozdanie merytoryczne i finansowe z jego realizacji, do którego dołączy potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dowodów poniesionych wydatków.

§ 2

1. Za realizację zadań określonych w § 1 ust. 1 Zleceniobiorca otrzyma wynagrodzenie w wysokości 6.000,00 zł brutto (słownie: sześć tysięcy złotych oo/100), które nie będzie waloryzowane.

2. Zleceniodawca będzie dokonywał płatności za realizację zadań określonych w § 1 ust. 1 w okresach comiesięcznych, zgodnie z faktycznie wykonanymi pracami, na konto Zleceniobiorcy
W terminie 14 dni od przedłożenia przez Zleceniobiorcę faktury i informacji merytoryczno - finansowej o zakresie wykonanego zadania po jej zatwierdzeniu przez Głównego Specjalistę ds Wojskowych, Zarządzania Kryzysowego, Obrony Cywilnej i Ewidencji Podmiotów Gospodarczych Urzędu Miasta Łęczyny – mgr Urszulę Pomietło-Rudol.

3. Termin wykorzystania środków finansowych, nie może być dłuższy niż do 31.12.2017 roku.

4. Termin zwrotu niewykorzystanej części środków finansowych, nastąpi w terminie do dnia 15.01.2018 roku.

5. Zadania określone w § 1 ust. 1 finansowane będą ze środków budżetowych Urzędu Miasta Łęczyny z **działu 851, rozdziału 85153 § 4300.**

6 Przedstawicielem Zleceniobiorcy, odpowiedzialnym za wykonanie zadania i rozliczenie przyznaných środków jest

§ 3.

1. Zleceniodawca poprzez Głównego Specjalistę ds Wojskowych, Zarządzania Kryzysowego, Obrony Cywilnej i Ewidencji Podmiotów Gospodarczych zastrzega sobie prawo do merytorycznego nadzoru nad wykonaniem zadania.

2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do poddania kontroli realizacji zadania dokonywanej w miejscu jego realizacji lub w miejscu wyznaczonym przez Zleceniodawcę. Kontrola może być przeprowadzona w toku realizacji zadania lub po jego realizacji.

3. Zleceniobiorca w celu umożliwienia przeprowadzenia kontroli udostępni pomieszczenie i sprzętu dla osób kontrolujących.

4. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przedłożenia wszelkich dokumentów dotyczących zleconego zadania oraz do umożliwienia przeprowadzenia oględzin w miejscu realizacji zadania.

§ 4

1. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia stron z miesięcznym okresem wypowiedzenia w przypadku wystąpienia okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonanie umowy. Skutki finansowe i ewentualny zwrot środków finansowych strony określą w sporządzonym protokole.

2. Umowa może być rozwiązana przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku odmowy Zleceniobiorcy poddania się kontroli, bądź w terminie określonym przez Zleceniodawcę jeżeli Zleceniobiorca nie doprowadzi do usunięcia stwierdzonych przez Zleceniodawcę nieprawidłowości.

§ 5

Ewentualne spory powstałe na tle wykonaniem niniejszej umowy strony poddadzą rozstrzygnięciu właściwego, ze względu na siedzibę Zleceniodawcy sądowi powszechnemu.

§ 6

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

§ 7

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 8

Umowa niniejsza została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach:
1 egz. dla Zleceniobiorcy, 2 egz. dla Zleceniodawcy.

Zleceniodawca:

Zleceniobiorca:

.....

.....

ZAŁĄCZNIKI:

1/ oferta na świadczenie zdrowotne na realizację zadania publicznego w zakresie ochrony zdrowia pn;” Prowadzenie terapii wspierającej proces leczenia pacjentów uzależnionych od narkotyków, nie objętej kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia, obejmującej terapię grupową i indywidualną osób uzależnionych i członków ich rodzin”.

WZÓR

.....
(pieczęć podmiotu uprawnionego)

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

OFERTA PODMIOTU UPRAWNIONEGO

I. Dane podmiotu uprawnionego ubiegającego się o realizację zadania

- 1) Pełna nazwa podmiotu
- 2) Forma prawna
3. Data powstania:
4. Dokładny adres:..... ul.
- 5) Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym* lub w innym rejestrze oraz numer i data wpisu lub rejestracji
- 6) Nr NIP nr REGON.....
- 7) Dokładny adres: miejscowość..... ul.
gmina powiat województwo
- 8) Tel. fax
- e-mail: http://
- 9) Nazwa banku i numer rachunku
-
- 10) Nazwiska i imiona oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu w kontaktach zewnętrznych i posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów):
.....
.....
.....
- 11) Nazwa, adres i telefon kontaktowy placówki bezpośrednio wykonującej zadanie, na które podmiot ubiegający się o środki finansowe:
.....
.....
- 12) Osoba upoważniona do składania ewentualnych wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego)

.....
13. Cele statutowe, przedmiot działalności statutowej:
.....

II. Opis zadania

1. Nazwa zadania

2. Szczegółowy zakres rzeczowy zadania:

3. Szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania:

4. Termin realizacji zadania od do

Miejsce realizacji zadania:.....

5. Posiadane zasoby, które zapewniają realizację zadania:

Kadrowe z opisem kwalifikacji:

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

Rzeczowe (z opisem stanu i podaniem wartości):

.....
.....
6. Sposób rekrutacji uczestników (liczba i charakterystyka ze względu na istotne dla zadania cechy, np.: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, status materialny) :

.....
.....
7. Zakładane rezultaty realizacji zadania:

.....
.....
8. Partnerzy w realizacji zadania (ze szczególnym uwzględnieniem organów administracji publicznej):

.....
.....
9. Informacja o dotychczasowym doświadczeniu w realizacji zadania, którego dot. oferta , lub zadania podobnego typu:

.....
.....
10. Informacje na temat dot. zadań realizowanych również we współpracy z administracją publiczną:

.....
.....
11. Dodatkowe informacje, które zdaniem podmiotu uprawnionego mogą mieć wpływ na ocenę oferty:

.....
.....
12. Inne informacje, wymagane zgodnie z treścią ogłoszenia o otwartym konkursie ofert:

.....
.....
III. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania

Całkowity koszt (w zł)

w tym:

- wnioskowana wielkość środków finansowych (w zł) -

- wielkość środków własnych (w zł) -
- wielkość środków pozyskanych z innych źródeł -

IV. Inne wybrane informacje dot. zadania*

1. Adresaci działań przy realizacji zadania – należy oznaczyć znakiem X **nie więcej niż 3** najważniejsze grupy adresatów działań :

- | | |
|---|---|
| Osoby bezdomne | Osoby w podeszłym wieku |
| Osoby ubogie | Uchodźcy |
| Osoby niepełnosprawne i chore | Osoby i rodziny wymagające interwencji kryzysowej |
| Osoby bezrobotne | Ofiary przemocy w rodzinie |
| Osoby samotnie wychowujące dzieci | Organizacje i instytucje prowadzące działalność w zakresie pomocy społecznej |
| Dzieci i młodzież z rodzin mających trudności w wypełnianiu swoich zadań | Uzależnieni od alkoholu lub narkotyków |
| Inne | |

2. Typ działań – należy oznaczyć X **nie więcej niż 3** najważniejsze typy działań przy realizacji zadania:

- | | |
|--|--|
| Pomoc finansowa | Pielęgnacja |
| Pomoc rzeczowa | Praca socjalna |
| Pomoc żywnościowa w tym wydawanie posiłków | Animowanie działań samopomocowych |
| Usługi opiekuńcze w tym robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, pomoc w czynnościach gospodarczych i porządkowych | Opieka pozaszkolna nad dziećmi |
| Pomoc w zakresie poradnictwa i informacji | Szkolenie dla kadry pomocy społecznej |
| Szkolenie dla osób objętych pomocą lub ich opiekunów | Zbieranie i przetwarzanie informacji ważnych dla funkcjonowania pomocy społecznej |
| Terapia/rehabilitacja | Finansowanie działań innych organizacji i instytucji |
| Opieka stacjonarna | Specjalistyczne usługi opiekuńcze |

.... Opieka półstacjonarna (dzienna)

.... Pomoc w załatwieniu spraw urzędowych,
uzyskaniu świadczeń socjalnych,
emerytalno- rentowych

.... Mieszkania chronione

.... Inne.....

3. Liczbowe określenie skali działań przy realizacji zadania (prosimy użyć miar adekwatnych do danego typu zadania, np. liczba osób objętych pomocą, liczba rodzin objętych programem, liczba porad udzielonych tygodniowo):

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

4. Ogólna liczba osób pracujących przy realizacji zadania , w przeliczeniu na pełne etaty , w tym wolontariusze, w przeliczeniu na pełny etat

5. Opis bazy lokalnej (wyłącznie dla placówek opieki stacjonarnej , dziennej oraz noclegowni):

1. Rodzaj obiektu

.....
.....

2. Powierzchnia użytkowa w m

3. Stan prawny nieruchomości/ warunki dzierżawy

4. Liczba miejsc w obiekcie i ich podział ze względu na grupy osób objętych pomocą:

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

5. Stan techniczny i wyposażenie obiektu istotne z punktu widzenia realizacji zadania:

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

6. Ogólny koszt utrzymania obiektu w przeliczeniu na 1 osobę miesięcznie:

V. Kosztorys ze względu na typ kosztów zadania (w zł)

Lp.	Rodzaj kosztów (wydatków) i sposób ich kalkulacji	Koszt (w zł)	W tym wydatki z wnioskowanych środków finansowych (w zł)	W tym ze środków własnych, (w zł)*
O g ó ł e m				

VI. Kosztorys ze względu na źródło finansowania zadania

Źródło	Kwota (w zł)	Udział w środków w %
Wnioskowana kwota środków finansowych		
Posiadane środki własne (na jakich zasadach przyznano)		
Ewentualne wpłaty i opłaty uczestników projektu – z jakiego tytułu		
Inne źródła finansowania (określić na jakiej podstawie przyznano bądź zapewniono środki): 1. publiczne- wymienić 2. niepubliczne – wymienić		
Ogółem:		100%

VII. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu

.....
.....

.....
.....
VIII. Pozafinansowy wkład własny podmiotu w realizację zadania (np. praca wolontariuszy):

.....
.....
IX. Dodatkowe uwagi lub informacje:

.....
(pieczęć podmiotu uprawnionego)

.....
(podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń
Woli w imieniu podmiotu uprawnionego)

X. Załączniki i ewentualne referencje:

1. Aktualny wyciąg z rejestru lub ewidencji (ważny 6 miesiące od daty uzyskania)
2. Sprawozdanie finansowe za ostatni rok
3. Statut uprawnionego
4.
5.

XI. Oświadczam / my, że:

- 1) proponowane zadanie w całości mieści się w zakresie działalności statutowej naszej organizacji podmiotu/*jednostki organizacyjnej/*,
- 2) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
- 3) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert dla publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej świadczących usługi w zakresie ochrony zdrowia w 2008 roku.

(pieczęć organizacji pozarządowej/* podmiotu/* jednostki organizacyjnej/*)

.....
(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń
woli w imieniu organizacji pozarządowej/* podmiotu/* jednostki organizacyjnej/*)

XII. Załączniki i ewentualne referencje:

- i.1. Aktualny odpis z rejestru lub odpowiednio wyciąg z ewidencji lub inne dokumenty potwierdza-

jące status prawny oferenta i umocowanie osób go reprezentujących.

i.2. Sprawozdanie finansowe (bilans, rachunek wyników lub rachunek zysków i strat, informacja dodatkowa) za ostatni rok.

i.3.

4.

XIII. Poświadczenie złożenia oferty

XIV. Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis pracownika przyjmującego ofertę)

*niepotrzebne skreślić