FORMULARZ OFERTOWY

1. **Informacje o podmiocie**

**1. Pełna nazwa składającego ofertę:**

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

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

**2. Dokładny adres:**

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

 *miejscowość kod pocztowy*

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

*ulica i numer lokalu*

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

 *telefon fax*

**3. Osoba prawnie upoważniona do reprezentowania Oferenta:**

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

**4. Kierownik zakładu**

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

**5. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**

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

**6. Nr wpisu do KRS (*jeśli dotyczy***)…………………………………………………………

**7. NIP:**  .................................................................

**8. Regon:**  ..................................................................

**9. Nazwa banku Oferenta:** .........................................................................................................

**10. Nr konta:** ....................................................................................................................................

**II. Informacje o programie**

**1. Nazwa/ tytuł programu :** ....................................................................................................

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

**2. Koordynator programu:** ......................................................................................................

3. Doświadczenie Oferenta w realizacji programów promocji zdrowia, profilaktyki chorób i rehabilitacji:

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

**4. Cel główny programu:**
.......................................................................................................................................................

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

**5. Cele szczegółowe :** .....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**6. Ilość osób objętych programem:**

ogółem ...........................,

mieszkańców miasta .........................

**7. Charakterystyka populacji dla której program będzie realizowany:**

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

**8. Kryteria kwalifikacji osób do programu :**

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

**9. Opis działań promocyjnych ......................................................................................**

**10. Opis warunków lokalowych .............................................................................................**

**11. Termin realizacji programu:** **od** ......................................... **do** ......................................

**12. Szczegółowa organizacja programu, w tym planowane interwencje**

**13. Zakres tematyczny, termin, realizator ( może mieć formę załącznika)**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Realizator | Wykształcenie i kwalifikacje  | Certyfikat  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**14. Rodzaj materiałów edukacyjnych zapewnianych uczestnikom programu**

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

15. 1. Ocena zgłaszalności do programu i jakości świadczonych usług

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

**15.2. Ocena efektywności programu**

…………………………………………………………………………………………………

**16. Przewidywane wyniki i osiągnięcia:** ..................................................................................

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

**II. Koszty programu:**

**1. Ogólny koszt programu …………………………………………………………………….**

**2. Koszty oczekiwane z budżetu Miasta Zamość**  ...................................................................

**3. Koszty udziału jednej osoby w sesji psychoterapii grupowej/innych form pomocy psychologicznej w wymiarze 1 godziny zegarowej z budżetu Miasta Zamość** ..............................................

**4. Koszty udziału w sesji psychoterapii indywidualnej w wymiarze 1 godziny zegarowej z budżetu miasta Zamość...........................................................................................................**

5. Kosztorys programu /specyfikacja kosztów

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj kosztów | Kwota ogółem  | Z budżetu Miasta Zamość  | Z innych źródeł  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

(data ) (podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta )

**W przypadku gdy w programie będą uczestniczyły także osoby spoza terenu Miasta kwota oczekiwana z budżetu Miasta nie może być równa kwocie ogólnego kosztu realizacji programu**