Załącznik nr 1 do ogłoszenia o konkursie ofert

....................................................................  
Data i miejsce złożenia formularza  
(wypełnia organ administracji publicznej)

................................................  
 (pieczęć podmiotu)

**- WZÓR–**

**OFERTA   
NA REALIZACJĘ ZADANIA  
Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO**

**podstawa prawna:  
ustawa z dnia 11 września 2015 roku  
o zdrowiu publicznym**

........................................................................................................................................  
(nazwa zadania – zgodnie z ogłoszeniem konkursowym)

.............................................................................................................................................  
(nazwa własna zadania, określona przez podmiot składający ofertę – realizatora zadania)

okres realizacji od ........................ do ...........................

1. DANE O REALIZATORZE ZADANIA

1. Pełna nazwa realizatora zadania zgodna z właściwym rejestrem lub dokumentem założycielskim:

....................................................................................................................................................... 2. Dokładny adres siedziby: .........................................................................................................  
.......................................................................................................................................................   
Tel: ........................................................ FAX: ............................................................................  
e-mail: ................................................... http:// ............................................................................  
3. Forma prawna: .........................................................................................................................  
4. Numer wpisu do krajowego rejestru sądowego lub innego rejestru/ewidencji:  
.......................................................................................................................................................

5. Numer NIP: ..............................................................................................................................

6. Nazwa banku i nr rachunku:.....................................................................................................  
7. Nazwiska i imiona osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu realizatora zadania i do podpisywania umowy o powierzenie realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego:  
..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................   
8. Osoba upoważniona do składania wyjaśnień i korekt dotyczących oferty (imię i nazwisko, funkcja oraz nr telefonu kontaktowego): .....................................................................................  
.......................................................................................................................................................

II. SZCZEGÓŁOWY SPOSÓB REALIZACJI ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

1. Szczegółowy opis zadania (spójny z harmonogramem działań i kosztorysem), w tym określenie dla każdego rodzaju działań zakresu, formy, sposobu realizacji oraz ilości i częstotliwości realizowanych działań, ilość godzin poszczególnych zajęć, określenie wskaźników realizacji zadania, itp**.**  z uwzględnieniem obowiązującego stanu zagrożenia epidemicznego.

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

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

2. Cele realizacji zadania dla każdego rodzaju działań planowanych do realizacji w ramach zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz zakładane rezultaty realizacji zadania (w tym również określenie celu realizowanych działań wskazanych w ofercie w kontekście celu zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz sposobu jego osiągnięcia; cele powinny być możliwe do osiągnięcia, realne i mierzalne)

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

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

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

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

3. Adresaci zadania - odbiorcy poszczególnych działań (płeć, wiek, przewidywana liczba osób/podmiotów objętych działaniami, sposób i kryteria doboru).

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

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

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

4. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych (np. baza lokalowa, wyposażenie) oraz kadrowych i kompetencjach osób zapewniających prawidłowe wykonanie zadania wraz z zakresem ich obowiązków.

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

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

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

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

5. Opis sposobu zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

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

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

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

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

6. W przypadku braku możliwości zapewnienia dostępności na warunkach określonych w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, opis dostępu alternatywnego na warunkach określonych w art. 7 ww. ustawy.

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

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

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

III. TERMIN I MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA (dokładny adres, telefon, adres mailowy)

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

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

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

IV. HARMONOGRAM DZIAŁAŃ PLANOWANYCH W RAMACH REALIZACJI ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Poszczególne działania oraz przedsięwzięcia w zakresie realizowanego zadania** | **Liczba adresatów** | **Planowany termin realizacji (od ..…. do...….**  **)** | **Miejsce realizacji**  **poszczególnych działań** |
| Działanie 1. |  |  |  |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| Działanie 2. |  |  |  |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| … |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

IV. INFORMACJA O WYSOKOŚCI WNIOSKOWANYCH ŚRODKÓW

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

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

V. INFORMACJA O WYSOKOŚCI WSPÓŁFINANSOWANIA REALIZACJI ZADANIA (wysokość współfinansowania należy podać kwotowo oraz w procentach i tylko w przypadku jeżeli współfinansowanie jest warunkiem otrzymania dofinansowania, o którym mowa w ogłoszeniu konkursu ofert)

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

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

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

VI. INFORMACJA O WYSOKOŚCI ŚRODKÓW PRZEZNACZONYCH NA REALIZACJĘ ZADANIA I ŻRÓDŁACH FINANSOWANIA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Źródło finansowania kosztów realizacji zadania | | Wartość (w zł) | Udział w finansowaniu (w %) |
| 1 | Suma wszystkich kosztów realizacji zadania | |  |  |
| 2 | Wysokość wnioskowanych środków finansowych | |  |  |
| 3 | Wkład własny realizatora (należy zsumować środki wymienione w pkt. 3.1 - 3.3) | |  |  |
| 3.1 | Środki finansowe własne |  |  |
| 3.2 | Środki niefinansowe – wkład osobowy własny |  |  |
| 3.3 | Środki niefinansowe – wkład rzeczowy własny |  |  |
| 4 | Świadczenia pieniężne od odbiorców zadania | |  |  |

VII. KOSZTORYS WYKONANIA ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO, W SZCZEGÓLNOŚCI UWZGLĘDNIAJĄCY KOSZTY ADMINISTRACYJNE

Wysokość wnioskowanych środków finansowych (w tym słownie w zł): ………………………................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj kosztów | Liczba jednostek | Koszt jednostkowy | Rodzaj miary | Koszt całkowity (zł) | Koszt pokryty z wnioskowanych środków (w zł) | Koszt pokryty ze współfinansowania – środki finansowe oferenta (realizatora) (w zł) | Wartość wkładu osobowego i rzeczowego – środki niefinansowe oferenta (realizatora) (w zł) | Świadczenia pieniężne od odbiorców zadania (w zł) |
| Koszty merytoryczne | | | | | | | | | |
| 1 | Działanie nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | Nazwa pozycji kosztorysu |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | Nazwa pozycji kosztorysu |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3 | … |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Koszty administracyjne | | | | | | | | | |
| 1. | Działanie nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | Nazwa pozycji kosztorysu |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | Nazwa pozycji kosztorysu |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3 | … |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem (zł) | | X | | |  |  |  |  |  |
| Ogółem (zł) | | X | | | 100 |  |  |  |  |

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kalkulacji przewidywanych kosztów realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego:  
.........................................................................................................................................................................................................................................  
........................................................................................................................................................................................................................................

VIII. INNE WYBRANE INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZACJI ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

1. Informacja o wcześniejszej działalności podmiotu składającego ofertę, jeśli działalność ta dotyczy zadania określonego w konkursie ofert (z uwzględnieniem opisu realizowanych projektów w okresie ostatnich 3 lat):

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

2. Informacja o posiadanych zasobach kadrowych oferenta przewidywanych do wykorzystania przy realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego, kompetencjach osób zapewniających wykonanie zadania wraz z ich zakresem obowiązków:

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

3. Informacja o posiadanych zasobach rzeczowych oferenta zapewniających wykonanie zadania z zakresu zdrowia publicznego:

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

**Oświadczenia realizatora zadania:**

**Oświadczam/y, że:**

1)Zapoznałem/łam/liśmy się z ogłoszeniem o konkursie ofert.

2)Zapoznałem/łam/liśmy się z ustawą z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym i rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 roku w sprawie Narodowego  
Programu Zdrowia na lata 2021-2025.

3)Spełniam/y warunki podmiotowe wskazane w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym.

4)Wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem  
prawnym i faktycznym.

5)W zakresie związanym z realizacją zadania z zakresu zdrowia publicznego, w tym  
z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, oferent (realizator) postępuje zgodnie z postanowieniami Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE z 2016 r. L 119, s. 1 z późn. zm., dalej RODO), w tym w szczególności wynikającymi z art. 5, 6, 9, 13, 28, 29, 30, 32, 35 i 37 tegoż aktu prawnego.

6)Zobowiązuję/jemy się do zapewnienia dostępności architektonicznej, cyfrowej oraz  
informacyjno-komunikacyjnej osobom ze szczególnymi potrzebami, co najmniej w zakresie  
określonym przez minimalne wymagania, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca  
2019 roku o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, zgodnie  
z zakresem zadania, którego oferta dotyczy.

7) W przypadku braku możliwości zapewnienia dostępności na warunkach określonych w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, opis dostępu alternatywnego na warunkach określonych w art. 7 ww. ustawy.

Data ................................ ....................................................................

Podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych

do składania oświadczeń woli

w imieniu podmiotu składającego ofertę

Załączniki:  
1) aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowanie osób go reprezentujących,

2) oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków finansowych,

3) oświadczenie osoby/osób uprawnionej/ych do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,

4) 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,  
5) oświadczenie osoby/osób uprawnionej/ych 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,  
6) inne dokumenty/oświadczenia zgodnie z ogłoszeniem konkursowym:

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

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

**Oświadczenia, o których mowa powyżej, muszą zawierać klauzulę:  
„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.**

Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)

Wójt

Tomasz Osiński

Załącznik nr 2 do ogłoszenia o konkursie ofert

…………………………………

/miejscowość i data/

……………………………………..

…………………………………….

…………………………………….

/podmiot składający ofertę/

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Niniejszym oświadczam, że w stosunku do ………………………………………………….... (podmiot składający ofertę) nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków finansowych.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………….…….… ……………………….……………

/podpisy członków komisji przyjmujących oświadczenie/ /podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania podmiotu składającego ofertę/

Załącznik nr 3 do ogłoszenia o konkursie ofert

…………………………………

/miejscowość i data/

……………………………………..

…………………………………….

…………………………………….

/podmiot składający ofertę/

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Niniejszym oświadczam o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………….…….… ……………………….……………

/podpisy członków komisji przyjmujących oświadczenie/ /podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania podmiotu składającego ofertę/

Załącznik nr 4 do ogłoszenia o konkursie ofert

…………………………………

/miejscowość i data/

……………………………………..

…………………………………….

…………………………………….

/podmiot składający ofertę/

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Niniejszym oświadczam, że ……………………………………………... (podmiot składający ofertę) jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki finansowe i zobowiązaniu się oferenta do utrzymania ww. rachunku do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………….…….… ……………………….……………

/podpisy członków komisji przyjmujących oświadczenie/ /podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania podmiotu składającego ofertę/

Załącznik nr 5 do ogłoszenia o konkursie ofert

…………………………………

/miejscowość i data/

……………………………………..

…………………………………….

…………………………………….

/podmiot składający ofertę/

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Niniejszym oświadczam, ……………………………………………….(podmiot składający ofertę), że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą, i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………….…….… ……………………….……………

/podpisy członków komisji przyjmujących oświadczenie/ /podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania podmiotu składającego ofertę/

Załącznik nr 6 do ogłoszenia o konkursie ofert

.............................................................  
 (pieczęć podmiotu)  
.............................................................  
 (aktualny numer tel. kontaktowego)

- **WZÓR –**

**ZAKTUALIZOWANY ZAKRES, HARMONOGRAM, KOSZTORYS REALIZACJI ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO, INFORMACJA O WYSOKOŚCI ŚRODKÓW PRZEZNACZONYCH NA REALIZACJĘ ZADANIA I ŻRÓDŁACH FINANSOWANIA**

**na podstawie ustawy z dnia 11 września 2015 roku  
o zdrowiu publicznym**

................................................................................................................................  
(nazwa zadania – zgodnie z ogłoszeniem konkursowym)

..............................................................................................................................  
(nazwa własna zadania, określona przez realizatora zadania)

Osoby upoważnione do podpisania umowy:  
1. .............................................................................................................  
2. .............................................................................................................  
Kwota przyznanych środków finansowych: .......................................... zł  
Numer rachunku bankowego realizatora zadania:  
................................................................................................................

I. HARMONOGRAM DZIAŁAŃ PLANOWANYCH W RAMACH REALIZACJI ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Realizacja zadania -poszczególne działania oraz przedsięwzięcia w zakresie realizowanego zadania** | **Liczba adresatów** | **Planowany termin realizacji (od ..…. do...….**  **)** | **Miejsce realizacji**  **poszczególnych działań** |
| Działanie 1. |  |  |  |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| Działanie 2. |  |  |  |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| … |  |  |  |
|  |  |  |  |

II. KOSZTORYS WYKONANIA ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO, W SZCZEGÓLNOŚCI UWZGLĘDNIAJĄCY KOSZTY ADMINISTRACYJNE

Wysokość wnioskowanych środków finansowych (w tym słownie w zł): ………………………................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj kosztów | Liczba jednostek | Koszt jednostkowy | Rodzaj miary | Koszt całkowity (zł) | Koszt pokryty z wnioskowanych środków (w zł) | Koszt pokryty ze współfinansowania – środki finansowe oferenta (realizatora) (w zł) | Wartość wkładu osobowego i rzeczowego – środki niefinansowe oferenta (realizatora) (w zł) | Świadczenia pieniężne od odbiorców zadania (w zł) |
| Koszty merytoryczne | | | | | | | | | |
| 1 | Działanie nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | Nazwa pozycji kosztorysu |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | Nazwa pozycji kosztorysu |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3 | … |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Koszty administracyjne | | | | | | | | | |
| 1. | Działanie nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | Nazwa pozycji kosztorysu |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | Nazwa pozycji kosztorysu |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3 | … |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem (zł) | | X | | |  |  |  |  |  |
| Ogółem (zł) | | X | | | 100 |  |  |  |  |

Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kalkulacji przewidywanych kosztów realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego:  
.........................................................................................................................................................................................................................................  
.........................................................................................................................................................................................................................................

III. INFORMACJA O WYSOKOŚCI ŚRODKÓW PRZEZNACZONYCH NA REALIZACJĘ ZADANIA I ŻRÓDŁACH FINANSOWANIA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Źródło finansowania kosztów realizacji zadania | | Wartość (w zł) | Udział (w %) |
| 1 | Suma wszystkich kosztów realizacji zadania | |  |  |
| 2 | Wysokość wnioskowanych środków finansowych | |  |  |
| 3 | Wkład własny oferenta (realizatora) (należy zsumować środki wymienione w pkt. 3.1 - 3.3) | |  |  |
| 3.1 | Środki finansowe własne |  |  |
| 3.2 | Środki niefinansowe – wkład osobowy własny |  |  |
| 3.3 | Środki niefinansowe – wkład rzeczowy własny |  |  |
| 4 | Świadczenia pieniężne od odbiorców zadania | |  |  |

IV.ZAKTUALIZOWANY ZAKRES REALIZACJI ZADANIA

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

……………………………………….

(pieczęć podmiotu)

…………………., dnia………………………

……………………………………………………….…………

(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania podmiot)

Załącznik nr 7 do ogłoszenia o konkursie ofert

**- WZÓR –**

**SPRAWOZDANIE KOŃCOWE**

**z wykonania zadania z zakresu zdrowia publicznego**

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

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

(tytuł zadania z zakresu zdrowia publicznego)

w okresie od ................ do .................

określonego w umowie nr ..............

zawartej w dniu ..............................................................

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

(nazwa Zleceniobiorcy)

……………….......................

(data złożenia sprawozdania)

## CZĘŚĆ I. SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE

**1. Opis wykonanego zadania z podaniem informacji czy działania zakładane w ofercie zostały zrealizowane, jeśli nie wskazać powód.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. **Realizacja zadania w ujęciu tabelarycznym**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj działania | Miejsce | Termin | Liczba uczestników  z podziałem na wiek i płeć | Uwagi |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**II. SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA WYDATKÓW 1. Rozliczenie ze względu na rodzaj kosztów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj kosztów | Liczba jednostek | Koszt jednostkowy | Rodzaj miary | Koszt całkowity (zł) | Koszt pokryty z wnioskowanych środków (w zł) | Koszt pokryty ze współfinansowania – środki finansowe oferenta (realizatora) (w zł) | Wartość wkładu osobowego i rzeczowego – środki niefinansowe oferenta (realizatora) (w zł) | Świadczenia pieniężne od odbiorców zadania (w zł) |
| Koszty merytoryczne | | | | | | | | | |
| 1 | Działanie nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | Nazwa pozycji kosztorysu |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | Nazwa pozycji kosztorysu |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3 | … |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Koszty administracyjne | | | | | | | | | |
| 1. | Działanie nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | Nazwa pozycji kosztorysu |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 | Nazwa pozycji kosztorysu |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3 | … |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem (zł) | | X | | |  |  |  |  |  |
| Ogółem (zł) | | X | | | 100 |  |  |  |  |

**2. Informacja o kwocie przychodów uzyskanych przy realizacji umowy - odsetki bankowe od środków z dotacji zgromadzonych na rachunku bankowym.**

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

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

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

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

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

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

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

**3. Zestawienie faktur (rachunków)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nr dokumentu księgowego | Data wystawienia dokumentu księgowego | Numer  pozycji  kosztorysu | Nazwa  kosztu | Kwota (zł)  ogółem | Kwota ze środków pochodzących  z dotacji (zł | Kwota ze współfinansowania – środki finansowe | Kwota ze współfinansowania – wkład osobowy i rzeczowy | Świadczenia pieniężne od odbiorców zadania | Data zapłaty |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ III. DODATKOWE INFORMACJE** (jeżeli dotyczą)

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

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

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

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

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

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

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

Załączniki:

1. ……………………………………………….
2. …………………………………………….....
3. ……………………………………………….
4. ………………………………………………..