

.....
(pieczęć podmiotu)

**OFERTA PODMIOTU UBIEGAJĄCEGO SIĘ O PRYZNANIE
ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA REALIZACJĘ ZADANIA
FINANSOWANEGO PRZEZ**

PREZYDENTA MIASTA SUWAŁK
(nazwa podmiotu zlecającego)

NA PROGRAM
Profilaktyczne badania w kierunku wykrycia osteoporozy wykonywane
z szyjki kości udowej lub kręgosłupa lędźwiowego
(nazwa programu)

1. Dane na temat podmiotu ubiegającego się o dotację

1) pełna nazwa podmiotu.....
.....

2) status prawny

3) data powstania

4) misja, cele statutowe:

5) dokładny adres:
gmina powiat województwo

6) tel. fax

e-mail: http://

8) nazwiska i imiona oraz funkcje osób statutowo upoważnionych do reprezentowania podmiotu w kontaktach zewnętrznych i posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów)

.....
.....

9) osoba upoważniona do składania ewentualnych wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego)

.....

II. Opis programu zdrowotnego:

1. Proponowana nazwa programu do celów medialnych/promocyjnych

2. Ilość osób, które zostaną przebadane w ramach przeznaczonych przez prezydenta Miasta Suwałk środków:

3. Koszt jednego badania:

4. Sposób przeprowadzenia badań (ilość osób, które zostaną przebadane w jednym dniu, odstępy czasowe w jakich będą badane kolejne pacjentki).

5. Ewentualni partnerzy w realizacji zadania

--


6. Posiadane zasoby [kadrowe (z opisem kwalifikacji), sprzętowe, lokalowe, i inne] - ważne z punktu widzenia realizacji zadania

--

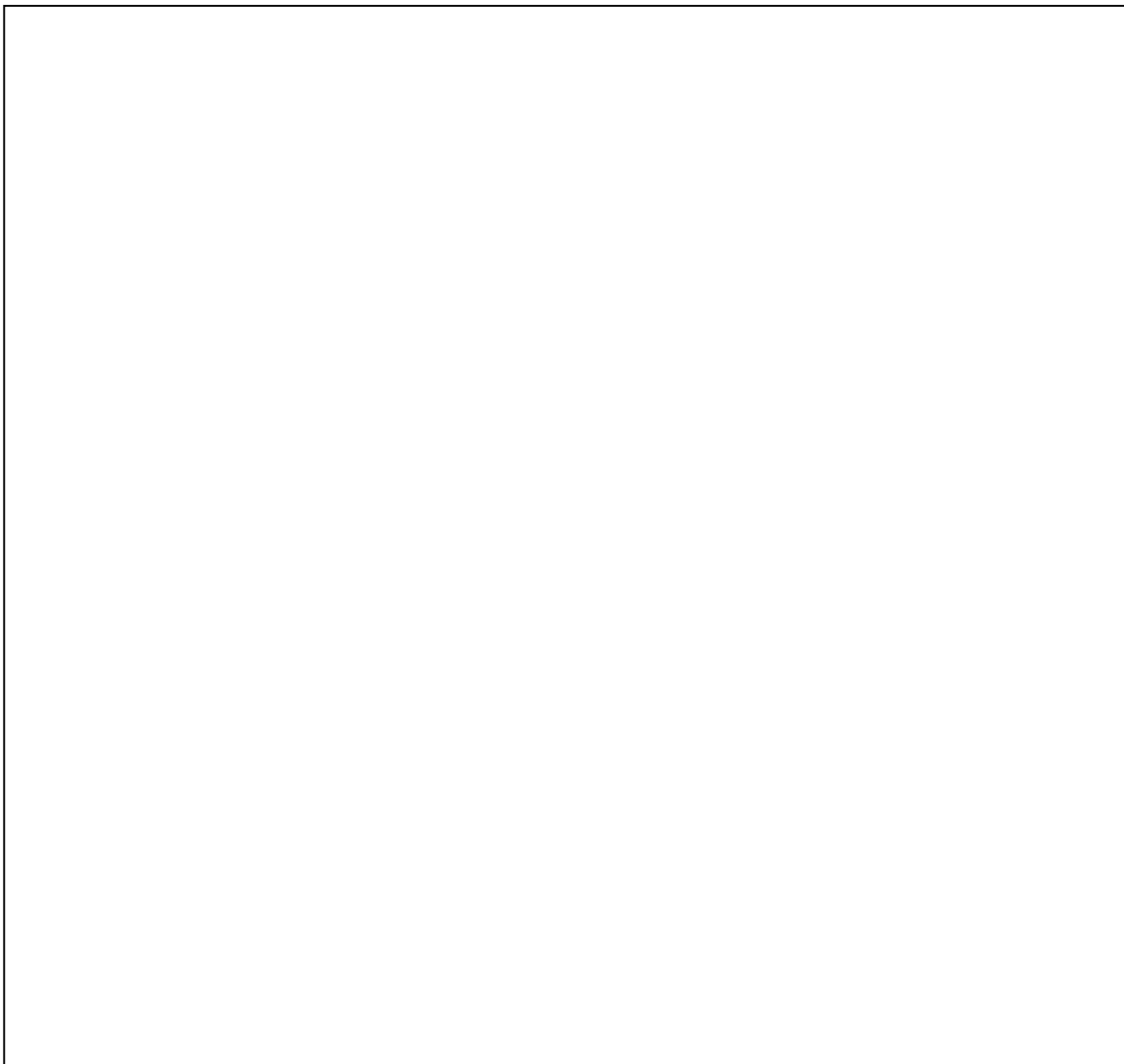
7. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego typu

--

8. Informacje na temat dotychczasowych zadań realizowanych we współpracy z administracją publiczną



9. Ewentualne działania towarzyszące przewidziane przez realizatora programu i przez niego finansowane (np. konsultacje lekarskie, inne badania itp.)



Kosztorys ze względu na źródło finansowania

Źródło	zł	%
Wnioskowana kwota dotacji		
Finanse własne		
Ewentualne wpłaty i opłaty uczestników projektu - z jakiego tytułu?		
Inni sponsorzy publiczni – jacy?		
Inni sponsorzy prywatni – jacy?		
Ogółem		100%

Ewentualne uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu

.....

.....

.....

.....

Ewentualny poza finansowy wkład własny podmiotu w realizację zadania (np. praca wolontariuszy)

.....

.....

Dodatkowe uwagi lub informacje wnioskodawcy

.....

.....

.....

(pieczęć podmiotu)

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

KONIECZNE ZAŁĄCZNIKI I EWENTUALNE REFERENCJE:

1. Aktualny wyciąg z rejestru zakładów opieki zdrowotnej, statut (ksero z potwierdzeniem zgodności z oryginałem)
2. Oświadczenie o nie posiadaniu zadłużenia w ZUS i Urzędzie Skarbowym.
3. Oświadczenia ewentualnych partnerów (wymienionych w punkcie II. 5) o gotowości do przystąpienia do realizacji programu w przypadku pozytywnego rozpatrzenia złożonej oferty.
4. Oświadczenie o zapoznaniu się ze wzorem umowy
5.

Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)

