***Załącznik 1*** *do dokumentu Procedury współpracy pomiędzy podmiotami szkolącymi a Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w związku z konkursem na uzyskanie ze środków Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom finansowania kosztów superwizji klinicznych realizowanych w ramach szkolenia w dziedzinie uzależnień:* ***Wzór oferty realizacji zadania zleconego***

|  |  |
| --- | --- |
| ………………….………………………………………  PIECZĘĆ OFERENTA: | ………………….………………………………  MIEJSCOWOŚĆ, DATA: |

OFERTA REALIZACJI ZADANIA ZLECONEGO

Zorganizowanie przeprowadzenia superwizji klinicznych w ramach szkolenia w dziedzinie uzależnienia osobom wyłonionym w toku postępowania konkursowego ogłoszonego przez Dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w dniu …..……………….… i zatwierdzonego przez Dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom decyzją z dnia ………………..…………..

finansowanego w formie zakupu usług

przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

w roku …………………w kwocie ................................................

|  |
| --- |
| Pełna nazwa oferenta:  Siedziba:  Adres do korespondencji:  Nr telefonu, adres e-mail: |

|  |
| --- |
| Osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu: |

|  |
| --- |
| Osoba odpowiedzialna za prowadzenie gospodarki finansowej z upoważnieniem do zawierania umów cywilno – prawnych: |

|  |
| --- |
| Nr konta bankowego:  Nr REGON:  Nr NIP:  Nr KRS : |

Szczegółowa kalkulacja kosztów realizacji zadania:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **IMIĘ I NAZWISKO SUPERWIZORA** | **IMIĘ I NAZWISKO**  **OSOBY Z DOFINANSOWANIEM** | **LICZBA GODZIN SUPERWIZJI** (zaplanowanych do realizacji w danym roku rozliczeniowym) | **KOSZT SUPERWIZJI** (liczba godzin x stawka za godzinę) |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **Ogółem brutto:** | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………  Pieczęć podmiotu | …………………………………………………  Podpis/y osoby/osób upoważnionych  do składania oświadczeń woli  w imieniu podmiotu |

**Wykaz załączników, które należy dołączyć do oferty:**

1. Odpis z KRS (ważny do 3 miesięcy od czasu wystawienia) lub z innego rejestru,
2. Aktualny statut podmiotu,
3. Zaświadczenie z banku o posiadaniu rachunku (kopia),
4. Zaświadczenie o nadaniu numeru REGON (kopia), o ile nie wynika z odpisu z odpowiedniego rejestru,
5. Decyzja o nadaniu numeru NIP (kopia), o ile nie wynika z odpisu z odpowiedniego rejestru.

**Wnioski prosimy składać w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.**