

# UPROSZCZONA OFERTA REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO

URZĄD GMINY WYRY

## POUCZENIE co do sposobu wypełniania oferty:

Ofertę należy wypełnić wyłącznie w białych pustych polach, zgodnie z instrukcjami umieszczonymi przy poszczególnych polach oraz w przypisach.

Zastępowanie znaków, np.: „pobieranie”/„niepobieranie” oznacza, że należy wpisać odpowiednio „pobieranie” lub „niepobieranie” w zależności od prawidłowej. Przykład: „pobieranie”/„niepobieranie”.

## I. Podstawowe informacje o złożonej ofercie

|                                                                      |                                                                                                      |           |                  |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------|
| 1. Organ administracji publicznej, do którego adresowana jest oferta | Wójt Gminy Wyry Barbara Prasol<br>43-175 Wyry ul. Dobrowskiego 133                                   |           |                  |
| 2. Tryb, w którym złożono ofertę                                     | Art. 19a ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie      |           |                  |
| 3. Rodzaj zadania publicznego <sup>1)</sup>                          | ochrona i promocja zdrowia                                                                           |           |                  |
| 4. Tytuł zadania publicznego                                         | Promowanie publicznej edukacji profilaktycznej dla społeczności lokalnej w zakresie chorób cukrzycy. |           |                  |
| 5. Termin realizacji zadania publicznego <sup>2)</sup>               | Data rozpoczęcia                                                                                     | 1.04.2019 | Data zakończenia |
|                                                                      |                                                                                                      |           | 29.06.2019       |

## II. Dane oferenta (-ów)

|                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Nazwa oferenta (-ów), forma prawna, numer Krajowego Rejestru Sądowego lub innej ewidencji, adres siedziby oraz adres do korespondencji (jeżeli jest inny od adresu siedziby)                               | Główny Szpital Stowarzyszenie Diabetyków<br>43-190 Mikotów Rynek 4<br>KRS 000036174                                         |
| 2. Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania, w tym dane osób upoważnionych do składania wyjaśnień dotyczących oferty (np. numer telefonu, adres poczty elektronicznej, numer faksu, adres strony internetowej) | Grażyna Jan Prezes GSD telef. 514410851<br>Brodzka Regina Viceprezes GSD telef. 505920566<br>telefon GSD Mikotów 32/4494836 |

## III. Zakres rzeczowy zadania publicznego

|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Opis zadania publicznego proponowanego do realizacji wraz ze wskazaniem, w szczególności celu, miejsca jego realizacji, grup odbiorców zadania oraz przewidywanego do wykorzystania wkładu osobowego lub rzeczowego | Projekt przewiduje badania przesiewowe dla osób 35-65 lat oraz wykład edukacyjny oraz edukacja opiekunów w chorobie cukrzycowej przez lekarza medycyny |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

<sup>1)</sup> Rodzaj zadania zawiera się w zakresie zadań określonych w art. 4 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

<sup>2)</sup> Termin realizacji zadania nie może być dłuższy niż 90 dni.

Wykład teoretyczny przewidziany na czas około 2 godzin  
tężnie z zapytaniami i udzielaniem odpowiedzi.

Cel przeprowadzenia badań przesiewowych

1. Wczesne wykrycie choroby cukrzycowej  
kierowanie danych osób do dalszego leczenia  
u wskazanego specjalisty.
2. Osobom zagrożonym chorobą cukrzycową  
dajemy broszury, nt. tej choroby oraz jakie uścis one  
skutku powikłań, jak należy zapobiegać, poprzez  
zobowiązanie oraz ruch.

Badania przesiewowe będą przeprowadzone  
na terenie Gminy Wyrz.

## 2. Zakładane rezultaty realizacji zadania publicznego

Przebadanie około 350 osób  
Głównym celem jest promowanie wiedzy nt. nadkrenie  
sobie z chorobą cukrzycy wśród mieszkańców  
Gminy Wyrz. W okresie realizacji projektu  
przebadanie oraz podniesienie wiedzy  
jak postępować by uniknąć powikłań związanych  
z chorobą cukrzycową.



**IV. Szacunkowa kalkulacja kosztów realizacji zadania publicznego** (w przypadku większej liczby kosztów istnieje możliwość dodania kolejnych wierszy)

| Lp.                   | Rodzaj kosztu                                   | Koszt całkowity (zł) | do poniesienia z wnioskowanej dotacji <sup>3)</sup> (zł) | do poniesienia ze środków finansowych własnych, środków pochodzących z innych źródeł, wkładu osobowego lub rzeczowego <sup>4)</sup> (zł) |
|-----------------------|-------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                     | Zestaw do badań przesiewowych 350 x 170 = 595,- | 595,-                | 595,-                                                    |                                                                                                                                          |
| 2                     | wykonanie ewaluacji                             | 200,-                | 200,-                                                    |                                                                                                                                          |
| 3                     | koszt biura projektów                           | 80,-                 | 80,-                                                     |                                                                                                                                          |
| 4                     | przewidywane koszty wdrożenia                   | 60,-                 | 60,-                                                     |                                                                                                                                          |
| 5                     | transport sprzętu i wdrożenia                   | 65,-                 | 65,-                                                     |                                                                                                                                          |
| <b>Koszty ogółem:</b> |                                                 | <b>1000,-</b>        | <b>1000,-</b>                                            |                                                                                                                                          |

Oświadczam(-y), że:

- 1) proponowane zadanie publiczne będzie realizowane wyłącznie w zakresie działalności pożytku publicznego oferenta;
- 2) w ramach składanej oferty przewidujemy ~~pobieranie~~\*/niepobieranie\* świadczeń pieniężnych od adresatów zadania;
- 3) wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
- 4) oferent\*/oferenci\* składający niniejszą ofertę nie zalega (-ja)\*/zalega (-ja)\* z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych;
- 5) oferent\*/oferenci\* składający niniejszą ofertę nie zalega (-ja)\*/zalega (-ja)\* z opłacaniem należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne.

GÓRNOŚLĄSKIE  
STOWARZYSZENIE DIABETYKÓW  
VICE PRES  
*Regina Brożek*  
Regina Brożek

GÓRNOŚLĄSKIE STOWARZYSZENIE  
DIABETYKÓW W MIKOŁOWIE  
43-100 Mikołów, ul. Rynek 7  
tel. 32/ 779-78-35  
NIP 635-15-76-510

GÓRNOŚLĄSKIE  
STOWARZYSZENIE DIABETYKÓW  
PREZES  
*Jan Gmlik*  
Jan Gmlik

(podpis osoby upoważnionej  
lub podpisy osób upoważnionych  
do składania oświadczeń woli w imieniu  
oferenta)

Data 4.02.2019

**Załącznik:**

W przypadku gdy oferent nie jest zarejestrowany w Krajowym Rejestrze Sądowym – potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia aktualnego wyciągu z innego rejestru lub ewidencji.

- 3) Wartość kosztów ogółem do poniesienia z dotacji nie może przekroczyć 10 000 zł.
- 4) W przypadku uoparcia realizacji zadania publicznego.

