

### FORMULARZ OFERTY

Otwarty konkurs na partnera do projektu w ramach działania: realizacji projektu konkursowego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020, OŚ PRIORYTETOWA 10. REGIONALNY RYNEK PRACY DZIAŁANIE 10.7 AKTYWNE I ZDROWE STARZENIE SIĘ TYP PROJEKTU: Opracowanie i/lub wdrożenie programów zdrowotnych z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej

Dane:

POSTAWOWE DANE	
1.1. Nazwa podmiotu:	
1.2. Forma organizacyjna:	
1.3. NIP:	
1.4. Numer KRS lub innego właściwego rejestru:	
1.5. Regon:	
<b>1.6. Adres siedziby:</b>	
1.6.1. Województwo:	
1.6.2. Miejscowość:	
1.6.3. Ulica:	
1.6.4. Numer domu:	
1.6.5. Numer lokalu:	
1.6.6. Kod pocztowy:	
1.6.7. Adres poczty elektronicznej:	
1.6.8. Adres strony internetowej:	
<b>1.7. Osoba/osoby uprawnione do reprezentacji:</b>	
1.7.1. Imię:	
1.7.2. Nazwisko:	
1.7.3. Numer telefonu:	
1.7.4. Adres poczty elektronicznej:	
<b>1.8. Osoba do kontaktów roboczych:</b>	
1.8.1. Imię:	
1.8.2. Nazwisko:	
1.8.3. Numer telefonu:	
1.8.4. Adres poczty elektronicznej:	
1.9. Obszar prowadzenia działalności statutowej:	

Działając w imieniu i na rzecz:

.....  
oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot spełnia określone w ogłoszeniu o naborze warunki uczestnictwa w naborze tj.:

1. Podmiot jest podmiotem posiadającym doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych;
2. Podmioty deklarujące gotowość do współpracy z Gminą Biała Piska w celu opracowania koncepcji projektu i jego tekstu.
3. Podmioty deklarujące potencjalny wkład w realizację celu partnerstwa przez m.in. zasoby ludzkie, organizacyjne, techniczne lub finansowe.
4. Podmioty nie podlegają wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania na podstawie przepisów i wytycznych, a działania potencjalnego partnera są zgodne z celami partnerstwa.
5. Podmiot będzie w stanie realizować projekt zgodnie z aktualnymi wymogami dotyczącymi realizacji *Programu Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w wieku aktywności zawodowej na lata 2017–2021 w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń kręgosłupa oraz narządów ruchu*
6. Podmioty, które prowadzą działalność statutową zgodną z zadaniami określonymi w złożonej ofercie współpracy.
7. Podmioty, które nie zalegają z opłacaniem podatków, lub uzyskały przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu.
8. Podmioty, które nie zalegają z opłacaniem składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, lub uzyskały przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu.
9. Cele statutowe (zgodność misji i celów z celami partnerstwa, zgodność misji i celów podmiotu ze złożoną ofertą współpracy partnerskiej) (punktacja 0 – 10)

10. Doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych (punktacja 0 -5)

WNIOSKU APLIKACYJNEGO (punktacja 0 -5)

*Skulle*

12. WKŁAD W REALIZACJĘ CELU PARTNERSTWA (ZASOBY LUDZKIE, ORGANIZACYJNE, TECHNICZNE), OPIS POSIADANYCH ZASOBÓW RZECZOWYCH, OSOBOWYCH I FINANSOWYCH, KTÓRE KANDYDAT NA PARTNERA JEST W STANIE WNIEŚĆ DO PROJEKTU W TRAKCIE JEGO REALIZACJI)( punktacja 0 -10)

13. OPIS KONCEPCJI UDZIAŁU W PROJEKCIE - PROPOZYCJA REALIZACJI DZIAŁAŃ W RAMACH PROJEKTU (punktacja 0 -20)

Załączniki:

- a) aktualny odpis z KRS lub inny równoważny dokument potwierdzający status prawny i organizacyjny oraz umocowanie osób reprezentujących partnera(wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed terminem składania ofert),
- b) zaświadczenie o niezaleganiu z płatnościami wobec ZUS i Urzędu Skarbowego (wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed terminem składania ofert),
- c) kopia statutu podmiotu lub dokumentu równoważnego.

Oświadczam/y, że:

- a) zapoznałem(-am)/liśmy się z treścią ogłoszenia o naborze partnera i akceptuję/emy jego zapisy i nie wnoszę/imy uwag do jego treści,
- b) wyrażam/y wolę aktywnego udziału w tworzeniu koncepcji projektu,
- c) będą/będziemy aktywnie uczestniczyć w opracowaniu koncepcji projektu i dokumentów z nim związanych, w zakresie nie mniejszym niż zaproponowany w ofercie,



d) wyrażam/y zgodę na przetwarzanie moich/naszych danych osobowych wyłącznie do celów przeprowadzenia niniejszej procedury konkursowej na wybór Partnerów zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U . 2014 r., poz. 1182, z późn. zm.).

.....  
Miejscowość, data i podpis

osoby uprawnionej

*Skull*