

**ZGŁOSZENIE KONKURSOWE / FORMULARZ OFERTY****Pieczęć Podmiotu/Partnera:**

*Nazwa podmiotu:* .....  
*Adres siedziby:* .....  
*WWW:* .....  
*e-mail:* .....  
*Forma organizacyjna:* .....  
*NIP:* .....  
*REGON:* .....  
*KRS:* .....  
  
*Osoba uprawniona do reprezentacji:* .....  
  
*Osoba do kontaktu ( imię i nazwisko, nr telefonu, adres poczty elektronicznej):*  
 .....

**Zgłoszenie konkursowe – uzasadnienie**

<b>Kryterium nazwa</b>	<b>Opis spełniania kryterium przez Partnera</b>
Profil działalności potencjalnego Partnera	
Potencjał techniczny, kadrowy i organizacyjny pozwalający na realizację Projektu	
Koncepcja udziału Partnera w projekcie, w tym wkład własny potencjalnego Partnera w realizację projektu	
Doświadczenie partnera w realizacji projektów/ zadań o podobnym charakterze	

--	--

<b>Spełnianie przez Partnera jednego z wymienionych warunków premiujących (proszę wpisać TAK lub NIE:</b>	
Partner jest organizacją pozarządową lub partnerem społecznym (zgodnie z definicją zawartą w PO WER), który w ostatnich 2 latach przed złożeniem wniosku o dofinansowanie projektu prowadził działania związane z edukacją prozdrowotną dot. profilaktyki chorób odkleszczowych.	
Partner jest partnerem społecznym (zgodnie z definicją zawartą w PO WER) reprezentującym interesy i zraszającym podmioty świadczące usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej	
Partner posiada akredytację wydaną na podstawie ustawy o akredytacji o ochronie zdrowia lub jest w okresie przygotowawczym do przeprowadzenia wizyty akredytacyjnej (okres przygotowawczy rozpoczyna się od daty podpisania przez dany podmiot umowy w zakresie przeprowadzenia przeglądu akredytacyjnego) lub posiada certyfikat normy EN 15224 - Usługi Ochrony Zdrowia – System Zarządzania Jakością	

Uwagi/uzupełnienia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

W imieniu .....(nazwa Partnera) w odpowiedzi na ogłoszony przez Dyrektora Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach konkurs dotyczący naboru partnera spoza sektora finansów publicznych w celu wspólnej realizacji projektu konkursowego dotyczącego profilaktyki chorób odkleszczowych.w ramach Programu

składam ofertę dotyczącą współpracy w charakterze Partnera oraz oświadczam, że:

- podmiot, który reprezentuję spełnia wymagania wyboru wskazane w ogłoszeniu konkursowym;
- podmiot, który reprezentuję nie zalega z płatnościami na rzecz podmiotów publicznych (ZUS, Urząd Skarbowy);
- wyrażam wolę aktywnego współdziałania z Liderem przy opracowaniu projektu;
- zapoznałem się z regulaminem konkursu nr POWR.05.01.00-IP.05-00-014/19 i akceptuję jego wymogi oraz postanowienia,
- zgadzam się na zawarcie umowy partnerskiej regulującej szczegółowo warunki współpracy w ramach projektu,

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis osoby/osób upoważnionej/-ych