

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PARTNERA

W odpowiedzi na ogłoszenie o otwartym naborze partnera/ów w celu wspólnego przygotowania i realizacji projektu, który zostanie złożony na konkurs o numerze RPPD.02.05.00-IP.01-20-002/19 „Program profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowanie skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego”, który jest dofinansowany w ramach REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO na lata 2014-2020 OŚ PRIORYTETOWA II PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA, Działanie 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się, składam następującą ofertę:

Tabela nr 1

INFORMACJA O PODMIOCIE	
1. Nazwa podmiotu	
2. Forma organizacyjna	
3. NIP	
4. Numer KRS lub innego właściwego rejestru	
5. Regon	
6. Adres siedziby	
6.1. Województwo	
6.2. Miejscowość	
6.3. Ulica	
6.4. Numer domu	
6.5. Numer lokalu	
6.6. Kod pocztowy	
6.7. Adres poczty	
6.8. Adres strony internetowej	
7. Osoba uprawniona do reprezentacji	

7.1. Imię	
7.2. Nazwisko	
7.3. Numer telefonu	
7.4. Adres poczty elektronicznej	
8. Osoba do kontaktów roboczych	
8.1. Imię	
8.2. Nazwisko	
8.3. Numer telefonu	
8.4. Adres poczty elektronicznej	

Ja niżej podpisany/a jako osoba uprawniona do reprezentowania Podmiotu, oświadczam, że:

Tabela nr 2

Kryteria dostępu	Tak	Nie
Oświadczam, że podmiot nie podlega wykluczeniu z ubiegania się o dofinansowanie na podstawie m.in.: 1) art. 207 ust. 4 z zastrzeżeniem art. 207 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 869), 2) art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r. poz. 769), 3) art. 9 ust. 1 pkt 2a ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 628 z późn. zm.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oświadczam, że podmiot nie zalega z opłaceniem składek wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz nie zalega z opłaceniem podatków i opłat wobec Urzędu Skarbowego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oświadczam, że żadna z osób zarządzających podmiotem nie była prawomocnie skazana za przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie lub związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oświadczam, że prowadzona działalność potencjalnego partnera obejmuje co najmniej jeden powiat województwa podlaskiego. Siedziba potencjalnego partnera/ów jest zlokalizowana na terenie województwa podlaskiego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oświadczam, że wyrażam gotowość wniesienia zabezpieczenia prawidłowej realizacji umowy partnerskiej zgodnie z zasadami określonymi w dokumentach konkursowych i programowych.		
Oświadczam, że podmiot nie pozostaje pod zarządem komisarycznym oraz nie znajduje się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego (w tym nie oddalono wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku majątku upadłego, wystarczającego na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego), postępowania naprawczego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oświadczam, że podmiot wyraża gotowość wniesienia minimum 5% wkładu własnego zgodnie z zasadami konkursu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oświadczam, że * dla potencjalnego partnera – organizacji pozarządowej , która reprezentuje interesy pacjentów, posiada udokumentowane, co najmniej 2-letnie doświadczenie w zakresie działań profilaktycznych z zakresu danej grupy chorób tj. chorób odkleszczowych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***wypełnia jedynie potencjalny partner organizacja pozarządowa, która reprezentuje interesy pacjentów i posiada co najmniej 2-letnie doświadczenie w zakresie działań profilaktycznych z zakresu danej grupy chorób tj. chorób odkleszczowych**

Tabela nr 3

Kryteria oceny	Opis
Wniesienie zasobów ludzkich	
Wniesienie zasobów organizacyjnych	
Wniesienie zasobów technicznych lub finansowych	

Tabela nr 4

Kryterium premiujące		
Doświadczenie w prowadzeniu działań związanych z edukacją prozdrowotną dotyczącą profilaktyki chorób odkleszczowych.	Liczba lat doświadczenia	Zanaczyć „X”
	powyżej 2-4 lat	<input type="checkbox"/>
	powyżej 4-6 lat	<input type="checkbox"/>
Doświadczenie w prowadzeniu działań na terenie określonej	6 i więcej lat	<input type="checkbox"/>
	2 powiaty	<input type="checkbox"/>
	3-4 powiaty	<input type="checkbox"/>

liczby powiatów	4 i więcej powiatów	<input type="checkbox"/>
Doświadczenie w realizacji projektów dotyczących profilaktyki zdrowotnej, współfinansowanych ze środków krajowych i UE	TAK	NIE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja niżej podpisany/a jako osoba uprawniona do reprezentowania Podmiotu, oświadczam, że:

- informacje zawarte w niniejszej ofercie oraz w załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Oświadczenie powyższe składam pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 z późn. zm.).
- zapoznałem/-am się z regulaminem konkursu nr o numerze RPPD.02.05.00-IP.01-20-002/19 i akceptuję jego zapisy,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wyłącznie do celów przeprowadzenia procedury konkursu na wybór partnera zgodnie z Ustawą dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. poz. 1000 z późn. zm.),

data.....

.....
Podpis osoby (osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania podmiotu

Wykaz załączników:

1. KRS
2. Kopia statutu organizacji
3.
4.