**FORMULARZ OFERTOWY**

**W ZAKRESIE PARTNERSTWA ZE ŚWIĘTOKRZYSKIM CENTRUM ONKOLOGII SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADEM OPIEKI ZDROWOTNEJ W KIELCACH**

**dotyczący konkursu** nr: RPSW.08.02.02-IZ.00-26-321/20

Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 dla EFS, Oś priorytetowa 8. Rozwój edukacji i aktywne społeczeństwo,

Poddziałanie 8.2.2, Wsparcie polityki zdrowotnej w regionie

OFERTA NA PROJEKT

(należy wybrać właściwy projekt lub projekty, pozostałe skreślić)

* Subregion północny typ nr I. 1 – Wsparcie profilaktyki nowotworowej ukierunkowanej na wczesne wykrywanie raka piersi[[1]](#footnote-1)
* Subregion północny typ nr I. 2 – Wsparcie profilaktyki nowotworowej ukierunkowanej na wczesne wykrywanie raka szyjki macicy[[2]](#footnote-2)
* Subregion południowy typ nr I. 1 – Wsparcie profilaktyki nowotworowej ukierunkowanej na wczesne wykrywanie raka piersi[[3]](#footnote-3)
* Subregion południowy typ nr I. 2 – Wsparcie profilaktyki nowotworowej ukierunkowanej na wczesne wykrywanie raka szyjki macicy[[4]](#footnote-4)

|  |
| --- |
| **I. Dane podmiotu** |
| **Nazwa podmiotu** |
| **Adres siedziby** |
| **Forma organizacyjna** |
| **NIP** |
| **Numer KRS lub innego właściwego rejestru** |
| **Regon** |
| **Adres poczty elektronicznej** |
| **Adres strony internetowej** |
| **Osoba uprawniona do reprezentacji**  **imię i nazwisko ………………………………………….. telefon ………………………………………**  **adres e-mail ……………………………………………….** |
| **Osoba uprawniona do kontaktów roboczych**  **imię i nazwisko ………………………………………….. telefon ………………………………………**  **adres e-mail ……………………………………………….** |
| **Podmiot jest:**  - organizacją pozarządową lub podmiotem spełniającym warunki art. 3 ust. 2 i 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, której działalnością statutową jest profilaktyka i promocja zdrowia[[5]](#footnote-5);  i/lub  - organizacją pozarządowa reprezentującą interesy pacjentów, posiadającą co najmniej 2-letnie doświadczenie w zakresie działań profilaktycznych dotyczących danej grupy chorób[[6]](#footnote-6);  i/lub  - partnerem społecznym reprezentującym interesy i zrzeszającym podmioty świadczące usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej[[7]](#footnote-7);  i/lub  - placówką POZ z obszaru objętego wsparciem (subregion północny lub subregion południowy) na podstawie zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dyrektorem Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.[[8]](#footnote-8)  ………………………….  Data, pieczęć i podpis/ -y  osoby/osób uprawnionej/-ych  do reprezentowania podmiotu |

**Należy uzupełnić tabelę w rubryce „Opis”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ KANDYDATURY PARTNERA** | | | | |
| **L.p.** | **Kryterium oceny** | **Opis** | **Maksyma-na liczba punktów** | **Przyznana liczba punktów**  ***(wypełnia ŚCO)*** |
| I. | **Zgodność działania (profilu działalności) potencjalnego partnera z celami partnerstwa**  - w tym, dodatkowo:  *Proszę opisać* *koncepcję działań proponowanych do realizacji przez Partnera w ramach projektu, m.in. opis proponowanych działań skierowanych do grupy docelowej* |  | 20 |  |
| II. | **Deklarowany wkład potencjalnego partnera w realizację celu partnerstwa (zasoby)**  - w tym, co najmniej:  *1) Proszę opisać potencjał kadrowy i wskazać sposób jego wykorzystania w ramach projektu (wskazać kluczowe osoby, które zaangażowane zostaną do realizacji projektu oraz ich planowaną funkcję w projekcie)*  *2) Proszę opisać potencjał techniczny, w tym sprzętowy i warunki lokalowe (w tym dostęp dla osób z niepełnosprawnościami) oraz wskazać sposób jego wykorzystania w ramach projektu*  *3) Proszę wskazać, czy partner jest zdolny do zapewnienia płynnej obsługi finansowej projektu.* |  | 10 |  |
| III | **Doświadczenie w realizacji projektów (zadań) o podobnym charakterze**  - w tym, co najmniej:  *1) Proszę opisać potencjał społeczny Partnera, w tym uzasadnić dlaczego doświadczenie Partnera jest adekwatne do realizacji projektu, uwzględniając dotychczasową działalność prowadzoną w tym w szczególności doświadczenie związane z profilaktyką dot. raka piersi/raka szyjki macicy[[9]](#footnote-9)* |  | 20 |  |
|  | **Ogółem punktów:** | | **50** |  |

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam w imieniu podmiotu, który reprezentuję, że zapoznałam/em się z dokumentacją konkursową w szczególności ze wzorem umowy o partnerstwie.
3. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania i nie orzeczono wobec niego zakazu dostępu do środków UE.
4. W przypadku nawiązania partnerstwa zobowiązuję się w imieniu partnera, który reprezentuję do dostarczania wszelkich dokumentów wymaganych do złożenia wniosku o dofinansowanie i do zawarcia umowy o dofinansowanie.
5. Oświadczam, że zadania przewidziane do realizacji i wydatki przewidziane do poniesienia przez Partnera w ramach projektu nie są i nie będą współfinansowane z innych wspólnotowych instrumentów finansowych, w tym z innych funduszy strukturalnych Unii Europejskiej.
6. Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie informacji o wyborze podmiotu, który reprezentuję – w przypadku zaproszenia do negocjacji i/lub wyboru do pełnienia funkcji Partnera.

…………………………………………………

Data, pieczęć i podpis/ -y   
osoby/osób uprawnionej/-ych   
do reprezentowania podmiotu

1. wybrać właściwe, pozostałe skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. wybrać właściwe, pozostałe skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. wybrać właściwe, pozostałe skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. wybrać właściwe, pozostałe skreślić [↑](#footnote-ref-4)
5. wybrać właściwe, pozostałe skreślić [↑](#footnote-ref-5)
6. wybrać właściwe, pozostałe skreślić [↑](#footnote-ref-6)
7. wybrać właściwe, pozostałe skreślić [↑](#footnote-ref-7)
8. wybrać właściwe, pozostałe skreślić [↑](#footnote-ref-8)
9. W zależności od wybranego projektu. [↑](#footnote-ref-9)