

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**W ZAKRESIE PARTNERSTWA ZE ŚWIĘTOKRZYSKIM CENTRUM ONKOLOGII**  
**SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADEM OPIEKI ZDROWOTNEJ W KIELCACH**  
dotyczący konkursu *Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi*  
– *moduł regionalny*, nr POWR.05.01.00-IP.05-00-018/20  
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020  
Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia  
Działanie 5.1 Programy profilaktyczne

|  |
|--|
| <b>I. Dane podmiotu</b>  |
| Nazwa podmiotu   |
| Adres siedziby   |
| Forma organizacyjna  |
| NIP  |
| Numer KRS lub innego właściwego rejestru   |
| Regon  |
| Adres poczty elektronicznej  |
| Adres strony internetowej  |
| <b>Osoba uprawniona do reprezentacji</b><br>imię i nazwisko ..... telefon .....<br><br>adres e-mail .....        |
| <b>Osoba uprawniona do kontaktów roboczych</b><br>imię i nazwisko ..... telefon .....<br><br>adres e-mail .....  |
| <b>II. Wykaz realizowanych w ostatnich 2 latach działań związanych z edukacją prozdrowotną dot. raka piersi.</b> |



Należy uzupełnić tabelę w rubryce „Opis”

| II. KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ KANDYDATURY PARTNERA |  |      |                           |                          |
|---|--|------|---------------------------|--------------------------|
| L.p.  | Kryterium oceny  | Opis | Maksymalna liczba punktów | Przyznana liczba punktów |
| I.  | <p><b>Zgodność działania (profilu działalności) potencjalnego partnera z celami partnerstwa</b></p> <p>- w tym, dodatkowo:<br/> <i>Proszę opisać koncepcję działań proponowanych do realizacji przez Partnera w ramach projektu, m.in. opis proponowanych działań skierowanych do grupy docelowej</i></p>  |      | 20                        |                          |
| II.   | <p><b>Deklarowany wkład potencjalnego partnera w realizację celu partnerstwa (zasoby)</b></p> <p>- w tym, co najmniej:</p> <p>1) <i>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)</i></p> <p>2) <i>Proszę opisać potencjał techniczny, w tym sprzętowy i warunki lokalowe oraz wskazać sposób jego wykorzystania w ramach projektu</i></p> <p>3) <i>Proszę wskazać, czy partner jest zdolny do zapewnienia płynnej obsługi finansowej projektu.</i></p> |      | 10                        |                          |

|                        |  |  |           |  |
|------------------------|--|--|-----------|--|
| III                    | <b>Doświadczenie w realizacji projektów (zadań) o podobnym charakterze</b><br>- w tym, co najmniej:<br><i>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 edukacją prozdrowotną dot. raka piersi</i> |  | 20        |  |
| <b>Ogółem punktów:</b> |  |  | <b>50</b> |  |

#### OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami.
3. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania, w tym wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.).
4. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie jest podmiotem powiązany z Wnioskodawcą w rozumieniu Załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z dnia 26.06.2014 r.).
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