*Załącznik nr 2*

*do ogłoszenia o otwartym konkursie*

*na nabór Partnera do wspólnej realizacji projektu.*

**FORMULARZ OFERTY**

|  |
| --- |
| **Otwarty konkurs na nabór Partnera do wspólnego przygotowania i realizacji projektu w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021 – 2027; Priorytet 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+);**  **Działanie 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **INFORMACJA O PODMIOCIE** | | |
| 1. Nazwa podmiotu: | | |
|  | | |
| 1. Forma organizacyjna: | | |
|  | | |
| 1. NIP: | | |
|  | | |
| 1. Numer KRS lub innego właściwego rejestru: | | |
|  | | |
| 1. Regon: | | |
|  | | |
| 1. 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 elektronicznej: | | |
|  | | |
| 6.8 Adres strony internetowej: | | |
|  | | |
| 1. Osoba uprawniona do reprezentacji | | |
| 7.1 Imię: | | |
|  | | |
| 7.2 Nazwisko: | | |
|  | | |
| 7.3 Numer telefonu: | | |
|  | | |
| 7.4 Adres poczty elektronicznej: | | |
|  | | |
| 1. Osoba do kontaktów roboczych | | |
| 8.1 Imię: | | |
|  | | |
| 8.2 Nazwisko: | | |
|  | | |
| 8.3 Numer telefonu: | | |
|  | | |
| 8.4 Adres poczty elektronicznej: | | |
|  | | |
| 1. **KRYTERIA BRANE POD UWAGĘ PRZY WYBORZE PARTNERA** | | |
| Kryterium dostępu (TAK/NIE) | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | Deklaracja posiadania podpisu kwalifikowanego na dzień składania wniosku o dofinansowanie ( 23 kwietnia 2024r.) |  | | | |
| Kryterium dostępu (TAK/NIE) | | |
| 2 | Zgodność misji/profilu działalności Partnera z celami partnerstwa. |  |
| Maksymalna liczba punktów: 10 | | |
| 3 | Doświadczenie w realizacji usług społecznych i zdrowotnych |  |
| Maksymalna liczba punktów: 10 | | |
| 4 | Deklarowany wkład potencjalnego partnera w realizację celu partnerstwa (zasoby ludzkie, organizacyjne, techniczne) |  |
| Maksymalna liczba punktów: 10 | | |
| 5 | Doświadczenia w realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. |  |
| Maksymalna liczba punktów: 10 | | |
| 6 | Proponowany zakres merytoryczny, przewidzianych do powierzenia Partnerowi działań oraz przewidywane rezultaty ich realizacji określonych w pkt. III niniejszego dokumentu. |  |
| Maksymalna liczba punktów: 10 | | |
| 7 | Posiadany potencjał finansowy oraz kadrowo – organizacyjny niezbędny do realizacji projektu oraz propozycja wkładu Partnera w realizacje projektu i utrzymanie jego trwałości po zakończeniu finansowania ze środków UE. |  |
|  | Maksymalna liczba punktów: 10 | |
| 8 | Zgodność oferty z programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021 – 2027; Priorytet 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+); Działanie 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne. |  |
|  | Maksymalna liczba punktów: 10 | |
| 9 | Siedziba Partnera na terenie Powiatu Kartuskiego przez co najmniej 12 miesięcy do dnia złożenia oferty w konkursie |  |

Data i podpis osoby upoważnionej

………………………………………

Załączniki:

1.

2.

3.

4.