**FORMULARZ OFERTY**

|  |
| --- |
| **Otwarty konkurs na wyłonienie Partnera spoza sektora finansów publicznych do wspólnej realizacji projektu w ramach konkursu: RPDS.06.02.00-IZ.00-02-104/16** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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: | | |
| 8.5 Numer faksu: | | |
| 1. **KRYTERIA BRANE POD UWAGĘ PRZY WYBORZE PARTNERA** | | |
| Kryterium dostępu (TAK/NIE) (niespełnienie kryterium podlega odrzuceniu oferty) | | |
| 1. | Podmiot jest organizacją pozarządową lub podmiotem leczniczym udzielających świadczeń POZ i/lub AOS sektora prywatnego lub sektora publicznego działającym w subregionie jeleniogórskim | (PUSTE RUBRYKI PROSZĘ WYPEŁNIĆ) |
| 2. | Zgodność misji/profilu działalności Partnera z celami partnerstwa |  |
| 3. | Działalność statutowa wiążąca się z upowszechnianiem edukacji prozdrowotnej oraz promocją udziału w działaniach profilaktycznych (dotyczy organizacji pozarządowych) |  |
| Maksymalna liczba punktów: 1/5 | | |
| 4. | Deklarowany wkład potencjalnego partnera w realizację celu partnerstwa (zasoby ludzkie, organizacyjne, finansowe), |  | |
| Maksymalna liczba punktów: 1/8 | | | |
| 5. | Doświadczenie w realizacji usług promocyjnych dla grupy docelowej (dotyczy organizacji pozarządowych), |  | |
| Maksymalna liczba punktów: 1/8 | | |
| 6. | Proponowany zakres merytoryczny, harmonogram i kosztorys przewidzianych do powierzenia Partnerowi działań |  |
| Maksymalna liczba punktów: 1/8 | | |
| 7. | Posiadany potencjał kadrowo – organizacyjny niezbędny do realizacji projektu oraz propozycja wkładu Partnera w realizacje projektu i utrzymanie jego trwałości |  |
| 8. | Posiadany potencjał finansowy:  wskazanie trzech wskaźników dotyczących płynności finansowej, zadłużenia i rentowności:   * Wskaźnik bieżącej płynności finansowej= aktywa bieżące/ zobowiązania bieżące * Wskaźnik zadłużenia ogółem = zadłużenie ogółem z rezerwami/ pasywa razem * Wskaźnik rentowności aktywów (ROA) = zysk netto/ aktywa ogółem x100% |  |

1. Oświadczamy, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie:
2. posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy szczególne nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
3. posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Regulaminem i nie wnosimy do niego żadnych uwag.
5. W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuje się do podpisania uzgodnionej umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
6. Oświadczamy, iż nie będziemy zlecali wykonania całości lub części przedmiotu zamówienia osobie trzeciej bez zgody Zamawiającego.
7. Oświadczamy, iż jakiekolwiek ustalenia dokonane przed zawarciem umowy nie dają nam podstaw prawnych do składania roszczeń finansowych wobec Zamawiającego.

Na potwierdzenie ww. wymagań do oferty dołączam następujące dokumenty:

* 1. Odpis aktualny z Krajowego Rejestru Sądowego, rejestru przedsiębiorstw lub zaświadczenie   
     o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.
  2. Aktualny wyciąg z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dotyczy POZ)
  3. Kopię statutu z działalności (dotyczy organizacji pozarządowych).
  4. Inne dokumenty dotyczące zgodność misji/profilu działalności Partnera z celami partnerstwa oraz oferowanego wkładu potencjalnego Partnera w realizację projektu (zasoby).

Data i podpis osoby upoważnionej

…………………………………………