



wielkopolskie centrum onkologii

ul. Garbary 15, 61-866 Poznań
tel. (+48 61) 885 05 00, fax 852 19 48
dyrektor 885 07 00, 852 93 75

Formularz ofertowy Wielkopolskiego Centrum Onkologii

w zakresie naboru partnerów w celu wspólnego opracowania i realizacji projektu w ramach Programu Operacyjnego: Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 dotyczącego konkursu Profilaktyka obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi – moduł regionalny, nr POWR.05.01.00-IP.05-00-018/20, Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne

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
II. Wykaz działań Podmiotu realizowanych w ostatnich 2 latach związanych z edukacją prozdrowotną dot. raka piersi.

Należy uzupełnić tabelę w rubryce „Opis”

II. KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ KANDYDATURY PARTNERA				
L.p.	Kryterium oceny	Opis	Maksymalna liczba punktów	Przyznana liczba punktów
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 oraz wskazać sposób jego wykorzystania w ramach projektu 3) Proszę wskazać, czy partner jest zdolny do zapewnienia płynnej		10	

	obsługi finansowej projektu.			
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 edukacją prozdrowotną dot. raka piersi		20	
	Ogółem punktów:		50	

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