Załącznik nr 1

**Formularz Oferty**

Dotyczy konkursu na wybór partnera w celu wspólnego przygotowania i realizacji projektu w ramach Priorytetu 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+) Priorytet 5, Działanie nr 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne, w ramach konkursu nr FEPM.05.17-IZ.00-001/24,

* + - 1. Informacja o podmiocie składającym ofertę, zamierzającym przystąpić do partnerstwa jako (należy wstawić znak „X” w wybranym polu):

 organizacja pozarządowa/ podmiot ekonomii społecznej/ przedsiębiorstwo społeczne/inne

 podmiot świadczący usługi zdrowotne

|  |
| --- |
| **Dane podmiotu** |
|  | Nazwa podmiotu |  |
|  | Forma organizacyjna |  |
|  | NIP |  |
|  | REGON |  |
|  | Adres siedziby |  |
|  | Województwo |  |
|  | Miejscowość |  |
|  | Ulica |  |
|  | Numer domu |  |
|  | Numer lokalu |  |
|  | Kod pocztowy |  |
|  | Adres poczty elektronicznej |  |
|  | Adres strony internetowej |  |
| **Osoba uprawniona do reprezentacji podmiotu** |
|  | Imię |  |
|  | Nazwisko |  |
|  | Stanowisko |  |
|  | Numer telefonu |  |
|  | Adres poczty elektronicznej |  |
| **Osoba do kontaktów roboczych** |
|  | Imię |  |
|  | Nazwisko |  |
|  | Numer telefonu |  |
|  | Adres poczty elektronicznej |  |

1. Opis dotychczasowej działalności kandydata na Partnera uwzględniający jego największe osiągnięcia, zwłaszcza w zakresie usług na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym w szczególności osób z niepełnosprawnościami, osób starszych, niesamodzielnych, z problemami zdrowia psychicznego, rodzin, osób w kryzysie bezdomności (max 500 znaków)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Wykaz realizowanych zadań i projektów określonych w pkt IV.1.2 i IV.1.3 ogłoszenia, zwłaszcza w zakresie współpracy z jednostkami pomocy i integracji społecznej oraz finansowanych ze środków UE, dotyczących wsparcia na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym (w tym w szczególności osób z niepełnosprawnościami, osób starszych, niesamodzielnych, z problemami zdrowia psychicznego, rodzin, osób w kryzysie bezdomności - w okresie ostatnich 5 lat do chwili obecnej

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa projektu  | Opis zrealizowanych działań, w tym wkład kadrowy, osobowy | Całkowita wartość projektu | Źródło finansowania |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Opis posiadanego potencjału kadrowego, technicznego, organizacyjnego i finansowego do realizacji projektu
2. Kadrowy: ………………………………………………………………………………………………………………….
3. Techniczny: ……………………………………………………………………………………………………………….
4. Organizacyjny: ………………………………………………………………………………………………………….
5. Finansowy (jeśli dotyczy): …………………………………………………………………………………………

6. Koncepcja realizacji działań z szacowanym kosztem realizacji zakresu rzeczowego deklarowanego przez potencjalnego partnera, w tym deklarowany maksymalny wkład własny w projekcie

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

.………………………… …………………………………………………………………………………………….

*/*miejscowość, data/ */*pieczęć imienna i czytelny podpis osoby/osób upoważnionej/ych/

Załączniki:

1. dokumenty potwierdzające status prawny oferenta

2. …………………………………………

Załącznik nr 2

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym zgłoszeniu są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że podmiot który reprezentuję nie zalega z uiszczaniem podatków lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami na rzecz podmiotów publiczno – prawnych.
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. 2023 r. poz. 1270).
4. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem naboru wniosków w ramach Priorytetu 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działanie nr 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne, w ramach konkursu nr FEPM.05.17-IZ.00-001/24 oraz wytycznymi niezbędnymi do przygotowania i realizacji projektu.
5. Wyrażam zgodę na udostępnienie informacji o wyborze reprezentowanej przeze mnie/przez nas podmiotu – w przypadku wyboru do pełnienia funkcji partnera/partnerów w projekcie.
6. Zobowiązuję się do zachowania trwałości projektu zgodnie z regulaminem naboru wniosków nr FEPM.05.17-IZ.00-001/24 w ramach Priorytetu 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działanie nr 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne.

.………………………… ……………………………………………………………………………..

**miejscowość, data****pieczęć imienna i czytelny podpis osoby upoważnionej**