Załącznik nr 1 do ogłoszenia

o otwartym naborze Partnera do wspólnej realizacji projektu

**FORMULARZ OFERTY**

Otwarty konkurs na partnera do projektu w ramach działania: Działanie 10.7 Aktywne i zdrowe starzenie się (dla typu projektu: *Realizacja programów zdrowotnych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu w zakresie zakaźnych chorób odkleszczowych (****borelioza i kleszczowe zapalenie mózgu), w tym działania zwiększające zgłaszalność na badania profilaktyczne***, RPO Warmińsko-mazurskiego na lata 2014-2020.

|  |  |
| --- | --- |
| **POSTAWOWE DANE** | |
| 1.1. Nazwa podmiotu: |  |
| 1.2. Forma organizacyjna: |  |
| 1.3. NIP: |  |
| 1.4. Numer KRS lub innego właściwego rejestru: |  |
| 1.5. Regon: |  |
| **1.6. Adres siedziby:** | |
| 1.6.1.Województwo: |  |
| 1.6.2 Miejscowość: |  |
| 1.6.3 Ulica: |  |
| 1.6.4 Numer domu: |  |
| 1.6.5 Numer lokalu: |  |
| 1.6.6 Kod pocztowy: |  |
| 1.6.7 Adres poczty elektronicznej: |  |
| 1.6.8 Adres strony internetowej: |  |
| **1.7. Osoba/osoby uprawnione do reprezentacji:** | |
| 1.7.1 Imię: |  |
| 1.7.2 Nazwisko: |  |
| 1.7.3 Numer telefonu: |  |
| 1.7.4 Adres poczty elektronicznej: |  |
| **1.8. Osoba do kontaktów roboczych:** | |
| 1.8.1 Imię: |  |
| 1.8.2 Nazwisko: |  |
| 1.8.3 Numer telefonu: |  |
| 1.8.4 Adres poczty elektronicznej: |  |
| 1.9.Obszar prowadzenia działalności statutowej: |  |

**Działając w imieniu i na rzecz:**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot spełnia określone w ogłoszeniu o naborze warunki uczestnictwa w naborze tj.:**

1.Podmiot jest podmiotem leczniczym posiadającym kontrakt z Płatnikiem na realizację świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (ze wskazaniem zakresu świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z realizacji kontraktu podpisanego z Płatnikiem) oraz Partner lub podmiot, z którym współpracują jest laboratorium posiadającym uprawnienia do wykonywania testów Elisa IgM i IgG oraz Western blot IgM i IgG w zakresie analizy laboratoryjnej materiałów biologicznych pobranych od uczestników projektu.

2. Podmioty deklarujące gotowość do współpracy z Gminą Ełk w celu opracowania koncepcji projektu i jego tekstu.

3. Podmioty deklarujące potencjalny wkład w realizację celu partnerstwa przez m.in. zasoby ludzkie, organizacyjne, techniczne lub finansowe.

4. Podmioty nie podlegają wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania na podstawie przepisów i wytycznych, a działania potencjalnego partnera są zgodne z celami partnerstwa.

5. Podmiot będzie w stanie realizować projekt zgodnie z aktualnymi wymogami dotyczącymi realizacji Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania zakaźnych chorób odkleszczowych (w szczególności odnoszącymi się do standardów wykonywanych świadczeń opieki zdrowotnej, personelu oraz zaplecza technicznego, w jakie powinien być wyposażony realizator tego Programu).

6. Podmiot posiada minimum 36 miesięczne doświadczenie w zakresie realizacji działań wskazanych w Programie Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania zakaźnych chorób odkleszczowych na obszarze województwa warmińsko – mazurskiego.

7. Podmioty, które prowadzą działalność statutową zgodną z zadaniami określonymi w złożonej ofercie współpracy.

8. Podmioty, które nie zalegają z opłacaniem podatków, lub uzyskały przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu.

9. Podmioty, które nie zalegają z opłacaniem składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, lub uzyskały przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu.

II. Cele statutowe (zgodność misji i celów z celami partnerstwa, zgodność misji i celów podmiotu ze złożoną ofertą współpracy partnerskiej) (punktacja 0 – 10)

III. Doświadczenie w zakresie realizacji działań wskazanych w Programie Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania zakaźnych chorób odkleszczowych na obszarze województwa warmińsko – mazurskiego. (punktacja 0 -5)

IV. **PROPONOWANY ZAKRES WSPÓŁPRACY I WKŁAD OFERENTA W PRZYGOTOWANIE PROJEKTU I WNIOSKU APLIKACYJNEGO**(punktacja 0 -5)

V. **WKŁAD W REALIZACJĘ CELU PARTNERSTWA (ZASOBY LUDZKIE, ORGANIZACYJNE, TECHNICZNE), OPIS POSIADANYCH ZASOBÓW RZECZOWYCH, OSOBOWYCH I FINANSOWYCH, KTÓRE KANDYDAT NA PARTNERA JEST W STANIE WNIEŚĆ DO PROJEKTU W TRAKCIE JEGO REALIZACJI)**( punktacja 0 -10)

VI. **OPIS KONCEPCJI UDZIAŁU W PROJEKCIE - PROPOZYCJA REALIZACJI DZIAŁAŃ W RAMACH PROJEKTU** (punktacja 0 -20)

Załączniki:

a) aktualny odpis z KRS lub inny równoważny dokument potwierdzający status prawny i organizacyjny oraz umocowanie osób reprezentujących partnera(wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed terminem składania ofert),

b) zaświadczenie o niezaleganiu z płatnościami wobec ZUS i Urzędu Skarbowego (wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed terminem składania ofert),

c) kopia statutu podmiotu lub dokumentu równoważnego.

Oświadczam/y, że:

a) zapoznałem(-am)/liśmy się z treścią ogłoszenia o naborze partnera i akceptuję/emy jego zapisy i nie wnoszę/imy uwag do jego treści,

b) wyrażam/y wolę aktywnego udziału w tworzeniu koncepcji projektu,

c)będą/będziemy aktywnie uczestniczyć w opracowaniu koncepcji projektu i dokumentów z nim związanych, w zakresie nie mniejszym niż zaproponowany w ofercie,

d) wyrażam/y zgodę na przetwarzanie moich/naszych danych osobowych wyłącznie do celów przeprowadzenia niniejszej procedury konkursowej na wybór Partnerów zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U . 2014 r., poz. 1182, z późn. zm.).

………………………………………………………………

Miejscowość, data i podpis

osoby uprawnionej