

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 konkursu współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa IX Wsparcie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałanie 9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych

### I. INFORMACJA O PODMIOTIE

1. Nazwa podmiotu:		
2. Forma organizacyjna:		
3. NIP:		
4. Numer KRS lub innego właściwego rejestru:		
5. Regon:		
6. 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:		
7. Osoba uprawniona do reprezentacji		
7.1 Imię:		
7.2 Nazwisko:		
7.3 Numer telefonu:		
7.4 Adres poczty elektronicznej:		
8. Osoba do kontaktów roboczych:		
8.1 Imię:		
8.2 Nazwisko:		
8.3 Numer telefonu:		
8.4 Adres poczty elektronicznej:		
8.5 Numer faksu:		
<b>II. KRYTERIA BRANE POD UWAGĘ PRZY WYBORZE PARTNERA</b>		
Kryterium dostępu (TAK/NIE)		
1.	Zgodność misji/profilu działalności Partnera z celami partnerstwa.	

Maksymalna liczba punktów: 10		
2.	Deklarowany wkład potencjalnego Partnera w realizację celu partnerstwa (zasoby ludzkie, organizacyjne, techniczne).	
Maksymalna liczba punktów: 10		
3.	Doświadczenie w realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.	
Maksymalna liczba punktów: 10		
4.	Posiadany potencjał kadrowo – organizacyjny niezbędny do realizacji projektu oraz propozycja wkładu Partnera w realizację projektu i utrzymanie jego trwałości po zakończeniu finansowania ze środków UE.	
Maksymalna liczba punktów: 10		
5.	Zgodność oferty z Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu społecznego Poddziałanie 9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych	

Data i podpis osoby upoważnionej

.....

Załączniki:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.