**Załącznik Nr 1 do Ogłoszenia**

**KARTA ZGŁOSZENIA PARTNERA DO PROJEKTU**

|  |
| --- |
| **I. INFORMACJA O PODMIOCIE** |
| 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 |  |
| **Proszę uzupełnić tabelę - max. 15 000 znaków ze spacjami (łącznie wszystkie kryteria)** |
| **I. Kryterium** Doświadczenie w realizacji wsparcia w ramach projektów finansowanych ze środków publicznych, w tym z Europejskiego Funduszu Społecznego **(opis)****Maksymalna liczba punktów: 30****Przyznana liczba punktów: ……** |
|  |
| **II. Kryterium** Doświadczenie w koordynacji projektów finansowanych ze środków publicznych, w tym z Europejskiego Funduszu Społecznego**Maksymalna liczba punktów: 30****Przyznana liczba punktów: …….** |
|  |
| **III. Kryterium** Proponowany zakres współpracy (opis działań możliwych do wdrożenia w ramach planowanego projektu) oraz posiadane zasoby kadrowe przewidziane do realizacji proponowanych działań**Maksymalna liczba punktów: 40****Przyznana liczba punktów: …….** |
|  |
| **IV. Kryterium**Doświadczenie w organizacji szkoleń mających na celu podniesienie kwalifikacji osób dorosłych**Maksymalna liczba punktów: 10****Przyznana liczba punktów: …….** |
|  |
| **Łączna liczba uzyskanych punktów:** |  |
| **V. Oświadczenia (zaznacz odpowiedź TAK lub NIE). Warunkiem uzyskania pozytywnej oceny formalnej jest zaznaczenie odpowiedzi TAK w odniesieniu do każdego wskazanego punktu.** |
| 1. Oświadczam, że posiadam siedzibę, filię, delegaturę, oddział lub inną prawnie dozwoloną formę organizacyjnej działalności na terenie województwa mazowieckiego. |  **Tak Nie** |
| 2. Oświadczam, że prowadzę działania i dysponuję zasobami lokalowymi na terenie województwa mazowieckiego. |  **Tak Nie** |
| 3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami rozliczania projektów EFS FEM 2021-2027. |  **Tak Nie** |
| 4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na powiadamianie drogą e-mail, jako skuteczne dostarczenie wiadomości/pisma. |  **Tak Nie** |
| ……………………………………………………*(miejscowość, data)* ……………………………………………………*podpis osoby upoważnionej lub podpisyosób upoważnionych do składania oświadczeńwoli w imieniu oferenta* |