# Załącznik nr 2 do OGŁOSZENIA O **OTWARTYM NABORZE PARTNERÓW DO WSPÓLNEGO PRZYGOTOWANIA I REALIZACJI PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa podmiotu:** |  |
| **Forma organizacyjna:** |  |
| **NIP:** |  |
| **Numer KRS lub innego właściwego rejestru:** |  |
| **Regon:** |  |
| **Adres siedziby:** |  |
| **Adres e-mail, nr tel.:** |  |
| **Osoba uprawniona/osoby uprawnione do reprezentacji:** |  |
| **Osoba do kontaktu:** |  |

## **FORMULARZ OFERTOWY NA PARTNERA DODATKOWEGO**

W odpowiedzi na ogłoszenie o otwartym naborze partnerów do wspólnej realizacji projektu dotyczące wyboru partnera Dodatkowego projektu pn.: **„Utworzenie i wsparcie funkcjonowania Branżowego Centrum Umiejętności w dziedzinie Techniki dentystycznej**” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej
w ramach Krajowego Programu Odbudowy, składamy ofertę naszej Organizacji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Kryteria konieczne**  | **TAK**  | **NIE**  |
| 1  | Zgodność działania potencjalnego Partnera Dodatkowego z celami partnerstwa   |   |   |
| 2  | Prowadzenie działalności w dziedzinie **techniki dentystycznej (wg stanu na dzień 15.08.2022 r.)**  |   |   |
| 3  | Posiadanie podstawowych dokumentów organizacyjnych, w tym: Statut (jeśli dotyczy), NIP, REGON, wpis do KRS lub inny dokument stwierdzający legalność działania (załączniki do Formularza)  |   |   |
| 4  | Deklaracja współpracy z Ostatecznym odbiorcą wsparcia w trakcie przygotowania przedsięwzięcia w dziedzinie techniki dentystycznej– Oświadczenie o gotowości do współpracy z Województwem Łódzkim, organem prowadzącym Szkołę Policealna Techniki Dentystycznej w Łodzi, w realizacji projektu na każdym jego etapie, w tym do prowadzenia weryfikacji założeń przedsięwzięcia w okresie przewidzianym projektem |   |   |
| 5  | Posiadanie wiedzy i umiejętności (osoby wykwalifikowane) niezbędnych do realizacji Projektu. |   |   |
| 6  | Oferuje swój wkład w realizację celu partnerstwa |   |   |
| 7  | Posiada doświadczenia w realizacji przedsięwzięć o podobnym charakterze zrealizowanych ze środków krajowych lub współfinansowanych z UE |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryteria punktujące** | **Ilość pk****t.** |
| 1 | **Deklaracja współpracy z Ostatecznym odbiorą wsparcia w trakcie przygotowania przedsięwzięcia w zakresie:**  | **Zaznaczyć właściwe**: (punktowane od 1 – 3 pkt.) * Opracowania koncepcji BCU w zakresie opisów merytorycznych zadań wykonywanych przez Partnera
* Pomocy w opracowaniu dokumentacji aplikacyjnej, technicznej oraz budżetowej BCU
* Pomocy w tworzeniu i wyposażeniu BCU
 |  |
| 2 | **Posiadanie niezbędnej wiedzy i umiejętności (osoby wykwalifikowane) w zakresie:**  | **Zaznaczyć właściwe:**(punktowane od 1 – 8 pkt.) * Rozliczeń finansowych
* Poradnictwa prawnego
* Działalności doradczo-promocyjnej
* Prowadzenia rekrutacji
* Organizacji pracy
* Działalności edukacyjno-szkoleniowej
* Działalności innowacyjno-rozwojowa
* Działalności integrująco-wspierającej
 |  |
| 3 | **Oferowany wkład potencjalnego partnera w realizację celu partnerstwa** | **Zaznaczyć właściwe:** (punktowane od 1 – 4 pkt.) * Posiadanie wykwalifikowanej kadry niezbędnej do prowadzenia zajęć szkoleniowych z dziedziny techniki dentystycznej,
* Deklaracja prowadzenia i/lub pomocy w rekrutacji, na formy doskonalenia zawodowego ,
* Deklaracja prowadzenie rozliczeń finansowych  szkoleń i kursów w BCU,
* Deklaracja pomocy w opracowaniu programów nauczania i certyfikacji w dziedzinie techniki dentystycznej.
 |  |
| 4 | **Doświadczenie w realizacji przedsięwzięć o podobnym charakterze**  | **Ilość zrealizowanych projektów –** **należy** **wymienić projekty (**w przypadku liczby projektów większej, niż 5 maksymalnie do uzyskania **5 pkt):** (punktowane 1 – 5 pkt.). 1. Nazwa projektu:

……………………………………………………… 1. Nazwa projektu:

……………………………………………………… 1. Nazwa projektu:

……………………………………………………… 1. Nazwa projektu:

……………………………………………………… 5. Nazwa projektu: ………………………………………………………  |  |
| 5 | **Partnerem Dodatkowym jest uczelnia, instytut badawczy, ośrodek badawczo-rozwojowy, właściwy dla dziedziny Technika dentystyczna** | **Zaznaczyć właściwe:** (punktowane: 0/2 pkt.)* TAK
* NIE
 |  |

### Załącznikami do niniejszego formularza ofertowego są:

1. Kopia Statutu Organizacji (jeśli dotyczy) – potwierdzona za zgodność z oryginałem,
2. Kopia NIP – potwierdzona za zgodność z oryginałem,
3. Kopia REGON – potwierdzona za zgodność z oryginałem,
4. Kopia aktualnego wypisu z KRS lub inny dokument stwierdzający prawomocność działania partnera,
5. Pełnomocnictwo osoby reprezentującej/osób reprezentujących Oferenta (jeżeli dotyczy).

### **Oświadczenia:**

1. Oświadczam/Oświadczamy, że reprezentowana przeze mnie/nas Organizacja składająca Ofertę spełnia warunki udziału w postępowaniu zawarte w pkt. VIII Ogłoszenia o naborze.
2. Oświadczam/Oświadczamy, że nasza Organizacja posiada wiedzę i doświadczenie w dziedzinie Technika dentystyczna oraz dysponuje odpowiednim potencjałem oraz osobami zdolnymi do wykonywania partnerstwa – zgodnie z punktem 7 kryteriów koniecznych i punktem 2 Kryteriów punktujących Formularza Ofertowego.
3. Oświadczam/Oświadczamy, że nasza Organizacja znajduje się w dobrej sytuacji finansowej i ekonomicznej zapewniającej właściwe wykonanie zamówienia i że nie wyrządziliśmy szkody poprzez nie wykonanie podobnych partnerstw stwierdzonych prawomocnym orzeczeniem sądu.
4. Oświadczam/Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z przedmiotem zamówienia i nie wnosimy jakichkolwiek zastrzeżeń do możliwości jego realizacji oraz zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami przedstawionymi przez Zamawiającego, określonymi w opisie przedmiotu zamówienia.
5. Oświadczam/Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze szczegółowym opisem konkursu, w tym
w szczególności regulaminem konkursu, wzorem listu intencyjnego dotyczącego partnerstwa, podstawowymi zasadami współpracy stron znajdującymi się pod adresem: <https://www.frse.org.pl/kpo-bcu-wnioskowanie>
6. Oświadczam/Oświadczamy gotowość do współpracy z Województwem Łódzkim, organem prowadzącym Szkołę Policealną Techniki Dentystycznej w Łodzi, w realizacji projektu na każdym jego etapie, w tym do prowadzenia weryfikacji założeń przedsięwzięcia w okresie przewidzianym projektem (List intencyjny – załącznik nr 3 do ogłoszenia).
7. Oświadczam/Oświadczamy, że Organizacja, którą reprezentuję/reprezentujemy nie podlega wykluczeniu z możliwości ubiegania się o dofinansowanie, w szczególności na podstawie przepisów art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1634
z późn. zm.).

............................., dnia: ....................... .............................................

  *Miejscowość Pieczęć i podpis Partnera*