*Miejscowość ……………., data ……………….*

**OFERTA …………………………………………………………………………………………………………………….   
W ODPOWIEDZI NA** **OGŁOSZENIE *Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.*   
O OTWARTYM NABORZE PARTNERA W CELU WSPÓLNEJ REALIZACJI PROJEKTU   
W RAMACH DZIAŁANIA 5.17 USŁUGI SPOŁECZNE I ZDROWOTNE**

|  |  |
| --- | --- |
| **W zakresie spełnienia kryteriów dostępu.** | |
|  | Opis prowadzonej **działalności na rzecz osób z potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. osób, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.** |
|  |
|  | Opis posiadanego **doświadczenia w zakresie prowadzenia działań na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.** |
|  |
|  | Opis posiadanego **potencjału kadrowego, organizacyjnego i finansowego umożliwiającego realizację projektu w zakresie zadań partnera, potwierdzony udokumentowanymi obrotami finansowymi, badanymi w okresie ostatnich trzech lat (należy wpisać obrót finansowy za badany okres trzech lat – każdy rok osobno).** |
|  |
|  | Opis **koncepcji realizacji wymienionych zadań przewidzianych dla partnera.** |
|  |
|  | **Deklaracja uczestnictwa w realizacji projektu na wszystkich etapach.** |
|  |
|  | **Deklaracja dyspozycyjności do działań na terenie województwa pomorskiego w okresie realizacji i rozliczania projektu.** |
|  |
| **W zakresie spełnienia kryteriów dodatkowych (punktowanych).** | |
|  | Całościowy potencjał organizacyjny na bazie dotychczasowej działalności partnera. |
|  |
| **Dane kontaktowe *(ze wskazaniem adresu podmiotu, osoby do kontaktu, numerem telefonu, adresem e-mail):*** | |
|  | |