

FORMULARZ ZGŁOSZENIA PARTNERA DO PROJEKTU

w ramach Funduszy Europejskich dla Mazowsza na lata 2021-2027

Priorytet VI Fundusze Europejskie dla aktywnego zawodowo Mazowsza Działanie 6.4

Aktywizacja zawodowa biernych zawodowo kobiet

Informacje wypełniane przez instytucję przyjmującą zgłoszenie

Data i godzina przyjęcia zgłoszenia:

I. PODSTAWOWE DANE ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ PODMIOTU

1. Nazwa Podmiotu:

2. Status prawny:

3. NIP:

4. REGON:

5. Adres siedziby:

Ulica:

Nr domu:

Nr lokalu:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Telefon:

Fax:

6. Osoba reprezentująca podmiot:

Imię i nazwisko:

Numer telefonu:

Adres poczty elektronicznej:

Numer faxu:

6. Osoba do kontaktu:

Imię i nazwisko:

Numer telefonu:

Adres poczty elektronicznej:

Numer faxu:

II. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE

1 Zgodność działania potencjalnego partnera z celami partnerstwa

2. Oferowany wkład techniczny i zasoby ludzkie potencjalnego partnera w realizację celu partnerstwa

1) *zaplecze techniczne*

2) *zaplecze lokalowe*

3) *kadra zaangażowana w realizację projektu, kwalifikacje, doświadczenie*

3. Doświadczenie w realizacji projektów o podobnym charakterze w okresie ostatnich 5 lat

- 1) *Rodzaje projektów, zakres tematyczny*
- 2) *Liczba projektów*
- 3) *Liczba osób uczestniczących w projekcie/projektach*
- 4) *Budżet projektów*

4. Współpraca z projektodawcą w trakcie przygotowania projektu/wniosku o dofinansowanie

- 1) *Deklaracja współpracy w trakcie przygotowania projektu*
- 2) *Sposób, miejsce i zakres współpracy*

5. Wysokość (w procentach) finansowego wkładu własnego potencjalnego partnera w budżet projekcie**III. OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że Podmiot, który reprezentuję nie został skazany prawomocnym wyrokiem za przestępstwo, składania fałszywych zeznań, przekupstwa, przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowymi, obrotowi gospodarczemu, systemowi bankowemu, karnoskarbowe

albo inne związane z wykonywaniem działalności gospodarczej lub popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych.

Oświadczam, że osoby działające w imieniu Podmiotu nie zostały skazane prawomocnym wyrokiem za przestępstwo popełnione w związku z próbą pozyskania środków publicznych lub w związku z gospodarowaniem takimi środkami – przez okres 3 lat od dnia uprawomocnienia się wyroku.

Oświadczam, że Podmiot, który reprezentuję nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami.

Oświadczam, że wobec Podmiotu, który reprezentuję, nie została ogłoszona decyzja o upadłości.

Oświadczam, że Podmiot, który reprezentuję nie jest w trakcie rozwiązywania działalności, nie znajduje się pod zarządem komisyjnym, nie znajduje się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego, postępowania naprawczego, nie zawiesił prowadzenia działalności lub nie znajduje się w innej, podobnej sytuacji wynikającej z przepisów prawa.

Oświadczam, że Podmiot, który reprezentuję, spełnia wszystkie wymagania stawiane Partnerowi wybranemu przez Powiat Mławski / Powiatowy Urząd Pracy w Mławie w niniejszym ogłoszeniu.

Data wypełnienia formularza:

Pieczęć i podpis osoby reprezentującej oferenta: