*Załącznik nr 1*

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY/ OFERTOWY

W ODPOWIEDZI NA OGŁOSZENIE

**O OTWARTYM NABORZE PARTNERA OBOWIĄZKOWEGO DO WSPÓLNEJ REALIZACJI PROJEKTU** „*Dostępność podmiotów szkolnictwa wyższego”*

**Dane potencjalnego PARTNERA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Partnera** |  |
| **Siedziba/adres Partnera** |  |
| **Adres do korespondencji  (jeśli adres jest inny niż siedziba)** |  |
| **Osoba/osoby uprawniona/uprawnione  do reprezentacji Partnera** |  |
| **Podstawa reprezentacji Partnera (wewnętrzny dokument Partnera, pełnomocnictwo, itp.)** |  |
| **Dane kontaktowe osoby  wskazanej do kontaktów  z Liderem partnerstwa** |  |
|  |

Składam/składamy ofertę na wykonanie przedmiotu oferty **zgodnie**

**z warunkami określonymi w ogłoszeniu i jego załącznikach:**

1. **Krótka informacja na temat prowadzonej działalności przez podmiot przedstawiająca zgodność działania organizacji z celami partnerstwa :**

**……………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………**

1. **Okres prowadzenia zarejestrowanej działalności:** Rejestracja w KRS –

…………………………..

1. **Kryteria wyboru:**
   1. Liczba osób, które posiadających doświadczenie w realizacji minimum dwóch projektów współfinansowanych ze środków europejskich które swoim zakresem obejmowały wdrażanie rozwiązań związanych z dostępność w Uczelniach wyższych.–……
   2. Liczba osób z niepełnosprawnością oddelegowanych do realizacji projektu ……….
   3. Doświadczenie w prowadzeniu działalności pożytku publicznego, o której mowa w art. 3 ust. 1 ww. ustawy w zakresie: Wdrażania dostępności dla osób z niepełnosprawnościami w uczelniach lub innych instytucjach publicznych, lub Wspieraniu edukacji osób z niepełnosprawnościami w uczelniach. …… **lat**
   4. Wpisanie na listę podmiotów dokonujących certyfikacji dostępności zgodnie z art. 17 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz.1062) TAK/NIE

**Niniejszym oświadczam, że:**

* Potwierdzam zgodność działania Podmiotu z celami partnerstwa.
* Deklaruję wniesienie wkładu w realizację zadań i celu partnerstwa w postaci wiedzy i doświadczenia, zasobów ludzkich, którymi dysponuję w celu realizacji działań w projekcie.
* Posiadam doświadczenie w należytej realizacji projektów na terenie całego kraju, w tym projektów regionalnych, współfinansowanych ze środków publicznych, realizowanych samodzielnie jako beneficjent (wnioskodawca) lub jako partner.
* Podmiot nie zalega z płatnościami dotyczącymi zobowiązań publiczno – prawnych.
* Wyrażam zgodę na upublicznienie informacji o wyborze instytucji na Partnera projektu poprzez umieszczenie jej danych adresowych (nazwa i adres organizacji)  w Biuletynie Informacyjnym Lidera.
* Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych  z prawdą oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

 ……………………., dn. …………...….

                                                                                   ……….……………………………………………

*podpis osoby/osób*  
*uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Partnera*