

## KARTA ZGŁOSZENIA PARTNERA DO PROJEKTU

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 dla Europejskiego Funduszu Społecznego Oś Priorytetowa 9. Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Poddziałanie 9.2.3 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Konkurs nr RPSW.09.02.03-IZ.00-26-195/18

<b>I. INFORMACJA O PODMIOCIE</b>	
<b>1. Nazwa podmiotu</b>	
<b>2. Forma organizacyjna</b>	
<b>3. NIP</b>	
<b>4. Numer KRS lub innego właściwego rejestru</b>	
<b>5. Regon</b>	
<b>6. Adres siedziby</b>	
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	
<b>7. Osoba/osoby uprawniona/e do reprezentacji</b>	
7.1. Imię	
7.2. Nazwisko	
7.3. Numer telefonu	
7.4. Adres poczty elektronicznej	
<b>8. Osoba do kontaktów roboczych</b>	
8.1. Imię	
8.2. Nazwisko	
8.3. Numer telefonu	
8.4. Adres poczty elektronicznej	
8.5. Numer faksu	



Proszę uzupełnić tabelę w rubryce „Opis”

**II. KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ KANDYDATURY PARTNERA**

L.p.	Kryterium	Opis	Maksymalna liczba punktów	Przyznana liczba punktów
I.	Zgodność profilu działalności Partnera z celami partnerstwa		20	
II.	Wkład Partnera w realizację projektu (zasoby ludzkie, organizacyjne)		30	
III	Doświadczenie w realizacji projektów/ zadań o podobnym charakterze		30	



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Rzeczpospolita  
Polska



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



IV.	<b>Proponowany zakres współpracy w zakresie przygotowania wniosku o dofinansowanie projektu</b>		20	
<b>Ogółem punktów:</b>			<b>100</b>	

data .....

Podpis osoby uprawnionej do reprezentacji .....