Załącznik Nr 1 do Ogłoszenia

Formularz zgłoszeniowy
do wspólnej realizacji projektu w ramach konkursu nr FEWM.09.04.IZ.00-001/24

|  |
| --- |
| **Dane adresowe** |
| Nazwa |  |
| Numer KRS |  |
| NIP |  |
| Forma prawna |  |
| Adres |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres strony www |  |
| Data rozpoczęcia działalności |  |
| Data wpisu do KRS |  |
| **Doświadczenie partnera** |
| Okres prowadzeniadziałalności | od 12 miesięcy do 3 lat |  |
| od 3 do 5 lat |  |
| powyżej 5 lat |  |
| **Doświadczenie w realizacji (jako lider lub partner) projektów w okresie ostatnich 3 lat** |
| Nazwa projektu nr … |  |
| Wartość projektu |  |
| Termin realizacji projektu |  |
| Projekt realizowany | w ramach współfinansowania ze środków unijnych bądź innych programów publicznych jako lider |  |
| w ramach środków samorządu terytorialnego jako lider |  |
| w ramach współfinansowania ze środków unijnych bądź innych programów publicznych jako partner |  |
| Nazwa projektu nr 1…. |  |
| Wartość projektu |  |
| Termin realizacji projektu |  |
| Projekt realizowany | w ramach współfinansowania ze środków unijnych bądź innych programów publicznych jako lider |  |
| w ramach środków samorządu terytorialnego jako lider |  |
| w ramach współfinansowania ze środków unijnych bądź innych programów publicznych jako partner |  |
| (w przypadku większej liczby realizowanych projektów należy dodać wiersze) |  |
| **Doświadczenia w realizacji zadań z zakresu**  |
| Świadczenie wsparcia osób z niepełnosprawnością |  |  |
| Świadczenie usług opiekuńczych |  |  |
| Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych |  |  |
| Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi |  |  |
| Świadczenie usług w ramach opieki wytchnieniowej |  |  |
| Organizacja szkolenia z pierwszej pomocy |  |  |
| **Potencjał partnera** |
| Potencjał kadrowy |  |  |
| Potencjał organizacyjny |  |  |
| Potencjał techniczny |  |  |
| Potencjał finansowy |  |  |