**FORMULARZ OFERTY**

**Nabór partnera do współpracy dotyczącej wsparcia pacjentów po amputacjach, oparzeniach i z ranami przewlekłymi.**

1. Informacja o podmiocie

|  |
| --- |
| **INFORMACJA O PODMIOCIE** |
| **Dane podmiotu** |
|  | Nazwa podmiotu |  |
|  | Forma organizacyjna |  |
|  | NIP |  |
|  | REGON |  |
|  | KRS |  |
|  | Adres  |  |
|  | Numer telefonu |  |
|  | Adres poczty elektronicznej |  |
|  **Osoba do kontaktu** |
|  | Imię |  |
|  | Nazwisko |  |
|  | Numer telefonu |  |
|  | Adres poczty elektronicznej |  |

1. **Kryteria dodatkowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa kryterium**  | **Deklarowana wartość**  |
| 1. | Okres funkcjonowania |  |
| 2. | Status fundacji non-profit |  |
| 3.  | Współpraca z Asystentami Wsparcia |  |
| 4. | Realizacja projektów ze środków PFRON w ostatnich 3 latach |  |
| 5. | Ilość wydanych informatorów/poradników dla osób z niepełnosprawnościami w ostatnich 3 latach |  |
| 6. | Ilość pozyskanych środków w okresie całej swojej działalności (mln zł) |  |
| 7. | Ilość osób, którym udzielono wsparcia w okresie całej swojej działalności  |  |

……………….……………………………………………………..

Podpis Oferenta lub osoby upoważnionej

**Do oferty załączam:**

* 1. KRS
	2. Dokument potwierdzający status fundacja non profit *- jeśli dotyczy*
	3. Dokument potwierdzający współpracę z Asystentami Wsparcia (oświadczenie i umowa
	z asystentem) *- jeśli dotyczy*
	4. Dokument potwierdzający ilość realizowanych projektów ze środków PFRON w ostatnich 3 latach (oświadczenie i umowy z PFRON) *- jeśli dotyczy*
	5. Dokument potwierdzający ilość wydanych informatorów/poradników (oświadczenie
	i informatory/poradniki w wersji papierowej lub elektronicznej) *- jeśli dotyczy*
	6. Dokument potwierdzający ilość pozyskanych środków w okresie całej swojej działalności (oświadczenie i umowy) *- jeśli dotyczy*
	7. Dokument potwierdzający ilość osób, którym udzielono w okresie całej swojej działalności wsparcia (oświadczenie) *- jeśli dotyczy*