

**OFERTA ZGŁOSZENIA PARTNERA DO PROJEKTU  
zainteresowanego wspólną realizacją projektu w ramach  
konkursu nr POWR.05.02.00-IP.05-00-013/18**

<b>INFORMACJA O PODMIOCIE</b>	
1. Nazwa podmiotu	
2. Forma organizacyjna	
3. NIP	
4. Numer KRS lub innego właściwego rejestru	
5. Regon	
<b>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	
6.8. Adres strony internetowej	
<b>Osoba uprawniona do reprezentacji</b>	
7.1. Imię	
7.2. Nazwisko	
7.3. Numer telefonu	
7.4. Adres poczty elektronicznej	
8. Osoba do kontaktów roboczych	

Kryterium oceny	Opis
Zgodność działania potencjalnego partnera z celami partnerstwa	
Deklarowany wkład potencjalnego partnera w realizację celu partnerstwa (zasoby ludzkie, organizacyjne, techniczne)	
Doświadczenie w działalności szkoleniowej w ochronie zdrowia – min. jeden projekt szkoleniowy zrealizowany dla pracowników ochrony zdrowia w ciągu ostatnich trzech lat	
Doświadczenie w przygotowaniu materiałów merytorycznych na potrzeby projektów szkoleniowych w ochronie zdrowia – min. 1 projekt szkoleniowy na potrzeby którego Partner przygotował podręcznik opatrzony ISBN	
Dysponowanie odpowiednimi zasobami ludzkimi (min. 1 osoba z tytułem min. dr nauk o zdrowiu lub dr nauk medycznych, który jest pracownikiem naukowym uczelni publicznej w dziedzinie nauk o zdrowiu, min. 1 osoba czynnie uczestnicząca w pracach międzynarodowej organizacji działającej w dziedzinie ochrony zdrowia, min. 1 osoba czynnie uczestnicząca w pracach polskiej organizacji pozarządowej w dziedzinie ochrony zdrowia, min. 1 osoba czynnie	

uczestnicząca w pracach polskiej agendy rządowej działającej w ochronie zdrowia.	
Posiadany potencjał finansowy oraz kadrowo – organizacyjny niezbędny do realizacji projektu oraz propozycja wkładu Partnera w realizację projektu i utrzymanie jego trwałości.	

.....  
data i podpis osoby uprawnionej do  
reprezentacji podmiotu