**Załącznik nr 1 do** **Ogłoszenia o otwartym naborze partnera społecznego nr 1/2019**

**KARTA ZGŁOSZENIA PARTNERA**

społecznego w celu wspólnej realizacji projektu konkursowego w ramach Działania 5.4 Programy Profilaktyczne Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020,

**Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych, Wiedza Edukacja Rozwój**

**Konkurs nr POWR.05.04.00-IP.05-00-008/19**

Wypełnioną kartę zgłoszeniową należy przesłać w formie elektronicznej[[1]](#footnote-1) na adresy poczty elektronicznej: ***karolinamichalak@ump.edu.pl*** i ***pkobelska@ump.edu.pl*** oraz w formie dokumentu papierowego w przesyłce (np. w formie doręczenia osobistego, za pośrednictwem kuriera, za pośrednictwem poczty tradycyjnej itp.) zaadresowanej:

**Dział Nauki, Innowacji i Zarządzania Projektami**

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

**ul. Fredry 10**

**61-701 Poznań**

Na kopercie prosimy o dopisek "Oferta na pełnienie roli Partnera w projekcie konkursowym w ramach Działania 5.4 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych, Wiedza Edukacja Rozwój Konkurs nr POWR.05.04.00-IP.05-00-008/19"

**Część I**

Tabela nr I.1

|  |
| --- |
| **I. INFORMACJA O PODMIOCIE** |
| **1. Nazwa** |
| **2. Forma prawna** |
| **3. NIP** |
| **4. REGON** |
| **5. Numer KRS lub innego właściwego rejestru** |
| **6. Adres siedziby** |
| **7. Adres strony internetowej** |
| **8. Osoba uprawniona do reprezentacji** |
| 8.1. Imię |
| 8.2. Nazwisko |
| 3.3. Numer telefonu |
| **9. Osoba do kontaktów roboczych** |
| 9.1. Imię |
| 9.2. Nazwisko |
| 9.3. Numer telefonu |
| 9.4. Adres poczty elektronicznej |

**Oświadczenie**

Ja, niżej podpisany/-na jako osoba uprawniona do reprezentowania Podmiotu, oświadczam, że:

Tabela nr I.2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kryterium | Tak | Nie |
| Podmiot posiada doświadczenie w zakresie realizacji całościowych podyplomowych kursów w podejściu integracyjnym, ze szczególnym uwzględnieniem psychoterapii dzieci i młodzieży. | 🞏 | 🞏 |
| Podmiot posiada akredytację na prowadzenie całościowych kursów podyplomowych. Kopia dokumentu poświadczającego posiadanie akredytacji stanowi załącznik do Karty zgłoszenia Partnera | 🞏 | 🞏 |
| Podmiot przynależy do instytucji/organizacji/stowarzyszenia posiadającej/ego uprawnienia (akredytację na prowadzenie całościowych kursów podyplomowych). Kopia dokumentu poświadczającego przynależność do instytucji/organizacji/stowarzyszenia stanowi załącznik do Karty zgłoszenia Partnera  | 🞏 | 🞏 |
| Podmiot nie jest wykluczony z możliwości otrzymania dofinansowania i nie orzeczono wobec Podmiotu zakazu dostępu do środków funduszy europejskich na podstawie odrębnych przepisów:1. art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t. j. Dz. U. z 2017 r. poz. 2077 z późn. zm.);
2. art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej (Dz. U. poz. 769);
3. art. 9 ust. 1 pkt 2a ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 703 i 1277).
 | 🞏 | 🞏 |
| Nie zachodzą pomiędzy Podmiotem a Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu przesłanki wykluczające relacje partnerskie tj. nie występują powiązania wskazane poniżej:1. jeden z podmiotów posiada samodzielne lub łącznie z jednym lub więcej podmiotami, z którymi jest powiązany w rozumieniu niniejszego akapitu powyżej 50% kapitału drugiego podmiotu (dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą), przy czym wszyscy partnerzy projektu traktowani są łącznie jako strona partnerstwa, która łącznie nie może posiadać powyżej 50% kapitału drugiej strony partnerstwa, czyli lidera projektu tj. Uniwersytetu Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
2. jeden z podmiotów ma większość praw głosu w drugim podmiocie;
3. jeden z podmiotów, który jest akcjonariuszem lub wspólnikiem drugiego podmiotu, kontroluje samodzielnie, na mocy umowy z innymi akcjonariuszami lub wspólnikami drugiego podmiotu, większość praw głosu akcjonariuszy lub wspólników w drugim podmiocie;
4. jeden z podmiotów ma prawo powołać lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego drugiego podmiotu;
5. jeden z podmiotów ma prawo wywierać dominujący wpływ na drugi podmiot na mocy umowy zawartej z tym podmiotem lub postanowień w akcie założycielskim lub umowie spółki lub statucie drugiego podmiotu (dotyczy to również prawa wywierania wpływu poprzez powiązania osobowe istniejące między podmiotami mającymi wejść w skład partnerstwa).
 | 🞏 | 🞏 |
| Podmiot deklaruje, że jeżeli zostanie wybrany na Partnera to zobowiąże się do współpracy Partnerskiej na potrzeby realizacji projektu współfinansowanego w ramach działania 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) wyłącznie z Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, tj. nie będzie występować jako Lider lub Partner w jakimkolwiek innym projekcie przedkładanym w ramach konkursu organizowanego dla Działania 5.4 POWER w 2019 roku. | 🞏 | 🞏 |
| Jeżeli zostanie wybrany na Partnera Projektu to zobowiąże się do wspólnego przygotowania projektu i wniosku o dofinansowanie Projektu przedkładanego do konkursu w ramach Działania 5.4 POWER. | 🞏 | 🞏 |
| W ramach współpracy Partnerskiej wniesie do projektu zasoby ludzkie, organizacyjne, i techniczne. | 🞏 | 🞏 |

**Część II**

Tabela nr 1

Informacja nt. działań i projektów zrealizowanych przez Podmiot. W tabeli należy zestawić tylko działania/projekty związane z realizacją całościowych podyplomowych kursów z psychoterapii w podejściu integracyjnym, ze szczególnym uwzględnieniem psychoterapii dzieci i młodzieży - zrealizowane w ciągu ostatnich 10 lat poprzedzających złożenie Oferty.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Tytuł Działania/Projektu | Okres realizacji | Cel działania/projektu |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Tabela nr 2

W tabeli należy wskazać maksymalnie 3 osoby planowane do oddelegowania do projektu, które posiadają doświadczenie w realizacji podobnych przedsięwzięć.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Proponowane stanowisko w projekcie/zakres obowiązków | Doświadczenie w realizacji działań/projektów o podobnym zakresie (należy podać tytuł działania/projektu oraz okres realizacji) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Tabela nr 3

Posiadane zaplecze biurowe oraz sprzętowe niezbędne do realizacji projektu. Opis potencjału technicznego tj.: podmiot posiada biuro, które może delegować do projektu (lub jego część) wyposażone w niezbędny sprzęt biurowy (dostęp do Internetu, ksero, komputery dla zespołu projektowego, telefon).

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu |  |
| Pieczęć |  |
| Miejsce i data |  |

1. Zgłoszenie za pośrednictwem poczty elektronicznej powinno stanowić skan wymaganego dokumentu zaparafowanego i podpisanego przez upoważnioną osobę. [↑](#footnote-ref-1)