**Załącznik nr 1 do** **Ogłoszenia o otwartym naborze partnera społecznego nr 1/2017**

**KARTA ZGŁOSZENIA PARTNERA**

społecznego w celu wspólnej realizacji projektu konkursowego w ramach Działania 5.1 Programy Profilaktyczne Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020,

**Profilaktyka reumatoidalnego zapalenia stawów**

**Konkurs nr POWR.05.01.00-IP.05-00-003/16**

Wypełnioną kartę zgłoszeniową należy przesłać w formie elektronicznej[[1]](#footnote-1) na adres poczty elektronicznej[***karolina***](mailto:karolina)***michalak@ump.edu.pl***i 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**

**Część I**

Tabela nr 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 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kryterium | Tak | Nie |
| 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 2013 r. poz. 885 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 2014 r. poz. 1417). | 🞏 | 🞏 |
| 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 5.1 Programy Profilaktyczne 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 5.1 POWER w 2016 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 5.1 POWER. | 🞏 | 🞏 |
| W ramach współpracy Partnerskiej wniesie do projektu zasoby ludzkie, organizacyjne, i techniczne. | 🞏 | 🞏 |

**Część II**

Tabela nr 1

Informacja nt. projektów zrealizowanych przez Podmiot. W tabeli należy zestawić tylko projekty/działania w zakresie profilaktyki, ze szczególnym ukierunkowaniem na profilaktykę reumatoidalnego zapalenia stawów realizowane w ciągu ostatnich 8 lat poprzedzających złożenie Oferty.

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

Tabela nr 2.1

W tabeli należy wskazać minimalnie jedną osobę, a maksymalnie dwie osoby planowane do oddelegowania do projektu, które posiadają doświadczenie w realizacji podobnych przedsięwzięć. W przypadku wskazania dwóch osób, ich kompetencje i doświadczenie powinny być komplementarne.

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

Tabela nr 2.2

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).

|  |
| --- |
|  |

Tabela 2.3

Posiadany potencjał w postaci sieci współpracy z innymi organizacjami i dotarcie do potencjalnych grup docelowych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podmiot posiada swoje oddziały, filie na terenie minimum 3 województw. | 🞏 Tak | 🞏 Nie |
| Podmiot współpracuje z innymi organizacjami zrzeszającymi pacjentów i może wykorzystać tę współpracę do projektu. | 🞏 Tak[[2]](#footnote-2) | 🞏 Nie |

Tabela nr 3

Propozycja działań planowanych do zrealizowania przez Partnera w ramach współpracy Partnerskiej wraz z uzasadnieniem.

|  |  |
| --- | --- |
| Zaproponowane działania | Uzasadnienie |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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)
2. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „Tak” prosimy o podanie projektu/działań realizowanych wspólnie [↑](#footnote-ref-2)