Miejscowość ....., data .....

OFERTA .....

W ODPOWIEDZI NA OGŁOSZENIE GMINY OPATOWIEC
O OTWARTYM NABORZE PARTNERA W CELU WSPÓLNEJ REALIZACJI PROJEKTU
W RAMACH DZIAŁANIA 09.04 ZWIĘKSZENIE DOSTĘPNOŚCI USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

	W zakresie spełnienia kryteriów dostępu.
1.	Opis prowadzonej **działalności na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. osób, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.**
3.	Opis posiadanego **doświadczenia w zakresie prowadzenia działań na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.**
5.	Opis posiadanego **potencjału kadrowego, organizacyjnego i finansowego umożliwiającego realizację projektu w zakresie zadań partnera, potwierdzony udokumentowanymi obrotami finansowymi, badanymi w okresie ostatnich trzech lat (należy wpisać obrót finansowy za badany okres trzech lat – każdy rok osobno).**
6.	Opis **koncepcji realizacji wymienionych zadań przewidzianych dla partnera.**
7.	**Deklaracja uczestnictwa w realizacji projektu na wszystkich etapach.**
8.	**Deklaracja dyspozycyjności do działań na terenie województwa świętokrzyskiego w okresie realizacji i rozliczania projektu.**
	W zakresie spełnienia kryteriów dodatkowych (punktowanych).
1.	Całościowy potencjał organizacyjny na bazie dotychczasowej działalności partnera.
Dane kontaktowe ***(ze wskazaniem adresu podmiotu, osoby do kontaktu, numerem telefonu, adresem e-mail):***	