|  |
| --- |
| **FORMULARZ**  |
| **Nazwa instytucji/organizacji:** |
|  |
| **Adres:** |  |
| **Numer KRS (jeśli dotyczy):** |  |
| **tel.:** |  | **e-mail:** |  |
| **Osoba wyznaczona do kontaktu: (imię, nazwisko, telefon kontaktowy, e-mail):** |
|  |
| **Opis dotychczasowej działalności kandydata na partnera, uwzględniający jego największe osiągnięcia w prowadzeniu działalności w obszarze pomocy i integracji społecznej, rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych lub rynku pracy, na obszarze województwa warmińsko mazurskiego, w tym w zakresie realizacji projektów finansowanych ze środków Unii Europejskiej** |
|  |
| **Opis koncepcji udziału w projekcie, w szczególności propozycje realizacji działań określonych w pkt. III a) ogłoszenia o naborze partnera.** |
|  |
| **Wykaz zrealizowanych usług/projektów w zakresie działalności w obszarze pomocy i integracji społecznej, rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych lub rynku pracy, na obszarze województwa warmińsko mazurskiego wraz z ich krótkim opisem.** |
|  |
| **Wykaz osób, którymi dysponuje kandydat na partnera wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia oraz ze wskazaniem czynności, jakie osoby te mogą realizować w projekcie oraz podstawą dysponowania personelem.** |
|  |
| **Data:** |
| **Podpis i pieczęć:** |