*Załącznik do ogłoszenia z dnia 21.07.2017 r.   
o otwartym naborze Partnerów w celu wspólnej realizacji projektu*

**FORMULARZ OFERTOWY /wzór/**

do udziału w realizacji projektu pt. : „*Wypracowanie i upowszechnianie, we współpracy z partnerami społecznymi, modelu wsparcia osób niepełnosprawnych w środowisku pracy”* zgodnie z ogłoszeniem Centralnego Instytutu Ochrony Pracy-Państwowego Instytutu Badawczego **o otwartym naborze partnerów w celu wspólnej realizacji projektu**

1. **Dane zgłaszającego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa podmiotu: |  |
| 2. | Siedziba i adres: |  |
| 3. | NIP/REGON: |  |
| 4. | Nazwa właściwego rejestru/ewidencji i nr wpisu: |  |
| 5. | Status prawny: |  |
| 6. | Osoba uprawniona do reprezentowania podmiotu: |  |
| 7. | Osoba do kontaktu  (imię i nazwisko,  telefon, e-mail): |  |

|  |
| --- |
| 1. **Opis koncepcji udziału w projekcie, w szczególności propozycja realizacji odpowiednich działań opisanych w punkcie II ogłoszenia (max 5000 słów)** |
|  |
| 1. **Opis dotychczasowej działalności kandydata na Partnera uwzględniający jego kompetencje oraz największe osiągnięcia, w szczególności w powiązaniu z przedmiotem projektu oraz w odniesieniu do wymagań szczegółowych w punkcie IV ogłoszenia** |
|  |
| 1. **Informacje na temat proponowanego wkładu Partnera w realizację projektu dotyczące wniesienia zasobów ludzkich, którymi dysponuje Partner wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia, wykształcenia oraz zasobów organizacyjnych i technicznych, w tym posiadanej infrastruktury** |
|  |

1. **Wstępny kosztorys działań planowanych do realizacji wraz z uzasadnieniem kosztów**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYNAGRODZENIA** | | |
| **Stanowisko/rola w projekcie** | **Wysokość kosztu kwalifikowalnego** | **Uzasadnienie** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KOSZTY BEZPOŚREDNIE** | | |
| **Nazwa kosztu kwalifikowalnego** | **Wysokość kosztu kwalifikowalnego** | **Uzasadnienie** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| RAZEM |  |  |

**Załączniki:**

**1.**

**2.**

**3.**

**…………………………………………………………………**

/miejscowość, data/

**……………………………………………………………………………………**

/podpisy osób uprawnionych do reprezentacji/