|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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:** | | | |