Potwierdzenie wpływu oferty:

……………………………..

pieczęć wnioskodawcy

**FORMULARZ OFERTY**

**NA REALIZACJĘ PARTNERSTWA**

**w ramach projektu Medical Science Park – stem cells our future**

współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020, Oś Priorytetowa 1. Innowacje i nauka, Działanie 1.1 Wsparcie infrastruktury B+R.

którego beneficjentem jest Samorząd Województwa Świętokrzyskiego/ Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego   
– Regionalne Centrum Naukowo - Technologiczne

realizowanego na terenie województwa świętokrzyskiego

I. DANE WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa wnioskodawcy |  |
| Status prawny |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Adres siedziby |  |
| Dane kontaktowe  (telefon, fax, e-mail) |  |
| Osoba/y uprawniona do podejmowania decyzji wiążących w imieniu wnioskodawcy |  |
| Osoba do kontaktów roboczych (telefon, e-mail) |  |

II. PRZEDMIOT DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY (z uwzględnieniem doświadczenia potencjalnego partnera we wskazanych w ogłoszeniu obszarach tematycznych projektu)

|  |
| --- |
|  |

III. KONCEPCJA REALIZACJI PROJEKTU Z UZASADNIENIEM REALIZACJI CELU I PROPOZYCJA WSPÓŁPRACY   
Z REGIONALNYM CENTRUM NAUKOWO - TECHNOLOGICZNYM (w tym oferowany finansowy, rzeczowy i osobowy wkład własny. Koncepcja realizacji powinna być przedstawiona w formie skróconej)

|  |
| --- |
|  |

IV. DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI PROJEKTÓW (we wskazanych w ogłoszeniu obszarach tematycznych)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa projektu | Podmiot realizujący | Źródła finansowania /Budżet w PLN | Okres realizacji/ Zasięg terytorialny | Obszar tematyczny, Cel/ Beneficjenci/Rezultaty |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

V. OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego, oświadczam, że informacje zawarte w formularzu oraz w dołączonych jako załączniki dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

……………………………………….…………………………………………………………..

*Data , pieczęć i podpis osoby upoważnionej / osób upoważnionych do składania oświadczeń w imieniu wnioskodawcy*

……………………………………….…………………………………………………………..

*Data , pieczęć i podpis osoby upoważnionej / osób upoważnionych do składania oświadczeń w imieniu wnioskodawcy*

……………………………………….…………………………………………………………..

*Data , pieczęć i podpis osoby upoważnionej / osób upoważnionych do składania oświadczeń w imieniu wnioskodawcy*

……………………………………….…………………………………………………………..

*Data , pieczęć i podpis osoby upoważnionej / osób upoważnionych do składania oświadczeń w imieniu wnioskodawcy*

**Załączniki:**

1. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, innego właściwego rejestru (np. ewidencja działalności gospodarczej) lub inny dokument potwierdzający charakter prowadzonej działalności*.*
2. Kopia statutu lub inny dokument potwierdzający zgodność działalności prowadzonej z celami partnerstwa.
3. Deklaracja współpracy z Beneficjentem w trakcie przygotowania projektu oraz wniosku o dofinansowanie*.*