**Formularz zgłoszenia partnera do wspólnej realizacji projektu**

**pt. Opracowanie projektu ustawy wdrażającej Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych o proponowanej nazwie: Ustawa o wyrównywaniu szans osób z niepełnosprawnościami wraz z Oceną Skutków Regulacji i uzasadnieniem, jak też propozycji zmian legislacyjnych podążających za nową ustawą**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. INFORMACJA O PODMIOCIE** | | |
| **1. Nazwa podmiotu** | | |
| **2. Forma organizacyjna** | | |
| **3. NIP** | | |
| **4. Regon** | | |
| **5. Numer KRS lub innego właściwego rejestru** | | |
| **6. Adres siedziby** | | |
| 6.1. Województwo | | |
| 6.2. Miejscowość | | |
| 6.3. Ulica | | |
| 6.4. Numer domu | | |
| 6.5. Numer lokalu | | |
| 6.6. Kod pocztowy | | |
| 6.7. Adres poczty elektronicznej | | |
| 6.8. Adres strony internetowej | | |
| **7. Osoba uprawniona do podejmowania decyzji wiążących w imieniu partnera**  zgodnie z wpisem do właściwego rejestru lub ewidencji albo upoważnieniem lub pełnomocnictwem.  *Jeżeli, zgodnie z dokumentami prawnymi określającymi funkcjonowanie podmiotu (np. statut, wpis do KRS, inne)/ do reprezentowania podmiotu konieczny jest podpis więcej niż jednej osoby, to wszystkie uprawnione osoby powinny być wskazane w punkcie 7 po przez dodanie kolejnych ppkt.*  *Jeżeli osoba opatrująca ofertę podpisem działa na podstawie pełnomocnictwa lub upoważnienia, to upoważnienie do reprezentowania podmiotu należy dołączyć do niniejszego formularza.* | | |
| 7.1. Imię | | |
| 7.2. Nazwisko | | |
| 7.3. Numer telefonu/faksu | | |
| 7.4. Adres poczty elektronicznej | | |
| **8. Osoba do kontaktów roboczych** | | |
| 8.1. Imię | | |
| 8.2. Nazwisko | | |
| 8.3. Numer telefonu/faksu | | |
| 8.4. Adres poczty elektronicznej | | |
| **II. ZAKRES MERYTORYCZNY** | | |
| **Wyszczególnienie** | | **Opis** |
| **1.** | **Zgodność działania podmiotu z celami partnerstwa** |  |
| 1.1 | Co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przygotowywania analiz o charakterze ekonomiczno-finansowym i oceny skutków ekonomiczno-finansowych funkcjonujących czy proponowanych rozwiązań legislacyjnych i instrumentów wsparcia |  |
| 1.2 | Doświadczenie w analizach skutków ekonomicznych dla rozwiązań dotyczących wsparcia osób z niepełnosprawnościami |  |
| **2.** | **Deklarowany wkład podmiotu w realizację celu partnerstwa** |  |
| 2.1 | **Potencjał kadrowy, w tym m.in.:**   * *pracownicy posiadający doświadczenie w zakresie analiz o charakterze ekonomiczno-finansowym i oceny skutków ekonomicznych regulacji prawnych (min. 2 pracowników, którzy przygotowali co najmniej trzy analizy ekonomiczno-finansowe i oceny skutków regulacji),* * *pracownicy posiadający doświadczenie w analizach skutków ekonomicznych dla rozwiązań dotyczących wsparcia osób z niepełnosprawnościami (min. 1 pracownika).*   *- należy uwzględnić wyłącznie osoby, które na dzień składania zgłoszenia będą mogły być zaangażowane w realizację projektu* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.2 | **Potencjał techniczny***,*  w tym sprzęt i warunki lokalowe, sposób jego wykorzystania w ramach projektu  *-należy uwzględnić wyłącznie zasoby, które na dzień składania oferty będą mogły być zaangażowane w realizację projektu* |  |
| **3.** | **Doświadczenie w realizacji projektów w zakresie zbieżnym z celami partnerstwa**  -*należy podać tytuł projektów, okres realizacji, źródła finansowania, uzyskane efekty oraz rolę podmiotu w realizacji (Beneficjent lub partner)* |  |

|  |
| --- |
| **III. Oświadczenia** |
| 1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą oraz jestem świadomy odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych. |
| 2. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję nie podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania. |
| 3. Wyrażam zgodę na udostępnienie informacji o wyborze podmiotu, który reprezentuję – w przypadku wyboru do pełnienia funkcji partnera. |

|  |
| --- |
| **IV. Załączniki** |
| 1. Dokumenty potwierdzające status prawny podmiotu i umocowanie osób go reprezentujących *(wymienić)*:  -  -  - (..) |
| 2. Inne *(wymienić*)  -  -  - (…) |

|  |
| --- |
| **Data wypełnienia formularza:** |
| **Podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do podejmowania decyzji wiążących:** |