***Anexa 2***

**FIȘA PARTENERULUI**

1. Informații generale

|  |  |
| --- | --- |
| Denumire organizație |  |
| Numar de Înregistrare |  |
| Anul înființării |  |
| Date de contact (adresa, tel., fax, e- mail) |  |
| Persoana de contact (nume, poziția in organizație) |  |

1. Experiența și expertiza partenerului

Detaliați mai jos experiența inclusiv in activitati relevante conform activitatilor ce vor fi desfasurate in cadrul proiectului din perioada 01.01.2012 – prezent.

|  |
| --- |
| **Experiență relevantă** |
|  |

1. Experiența și expertiza în implementarea de proiecte in domeniul medical

Detaliați in tabelul de mai jos experiența implementarea proiectelor, daca este cazul:

|  |  |
| --- | --- |
| Titlul proiectului |  |
| Obiectivul proiectului |  |
| Activitatile proiectului |  |
| Valoarea totală a proiectului |  |

***Notă:*** *Se va insera câte un tabel pentru fiecare proiect relevant implementat.*

1. Capacitatea financiară și operațională a partenerului

|  |  |
| --- | --- |
| Veniturile totale 2015, conform situațiilor financiar-contabile (RON) |  |
| Veniturile totale 2014, conform situațiilor financiar-contabile (RON) |  |
| Veniturile totale 2013, conform situațiilor financiar-contabile (RON) |  |
| Vechimea organizației (ani/luni) |  |
| Experiența relevantă a organizației (ani/luni) |  |

1. Valoarea adăugată pentru parteneriat

|  |  |
| --- | --- |
| Menționați ce valoare adăugată poate aduce proiectului implicarea organizației dvs. |  |

Nota:

Rubricile vor fi integral completate. Informațiile furnizate se consideră a fi conforme cu realitatea și asumate pe propria răspundere de reprezentantul legal.

Dată: ........................................ Reprezentant Legal:................................................

Semnătura: ................................................................

Ștampilă:.....................................................................