

4.sz. melléklet

Nyilatkozat

„Az EFOP_PLUSZ-5.2.1-23-2024-00001” azonosítószámú, Élelmiszer támogatás biztosítása hajléktalan személyek részére” című projekt keretében a kísérő intézkedések Programrész megvalósításában való partneri együttműködés szándékáról

Alulírott (szervezet hivatalos képviselőjének neve), mint a (szervezet neve) képviselője kijelentem, hogy az „EFOP_PLUSZ-5.2.1-23-2024-00001” azonosítószámú, Élelmiszer támogatás biztosítása hajléktalan személyek részére” című pályázathoz kapcsolódóan a Hajléktalanokért Közalapítvány Projektirodája által-én kiírt „Az EFOP_PLUSZ-5.2.1-23-2024-00001” azonosítószámú, Élelmiszer támogatás biztosítása hajléktalan személyek részére” című pályázathoz kapcsolódó kísérő intézkedések I. szakaszának az Állapotfelmérő Kísérő Intézkedések megvalósítására” című, 2025-EFOP PLUSZ-KI kódszámú nyílt pályázati felhívásra (továbbiakban: Felhívás) benyújtott pályázat kapcsán az alábbiak szerint nyilatkozom:

1. A Felhíváshoz csatolt együttműködési megállapodás tervezetét elolvastam, és megismertem.

igen

nem

2. Amennyiben a Hajléktalanokért Közalapítvány sikeres közbeszerzési eljárást folytat le a hajléktalan személyek részére biztosítandó élelmiszer beszerzése érdekében, úgy az együttműködés részletes tartalmát rögzítő együttműködési megállapodást megkötöm a Hajléktalanokért Közalapítvánnyal (továbbiakban: Projektiroda).

igen

nem

3. Jelen nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem, hogy a Projektiroda által lefolytatásra kerülő, a hajléktalan személyek részére biztosítandó élelmiszer beszerzésére irányuló közbeszerzési eljárás eredménye befolyásolja a Programrész megvalósításának folyamatát, amely szükségessé teheti a nyilatkozat 3. pontjában meghatározottak újratárgyalását, vagy az együttműködési megállapodás megkötésétől való elállást.

igen

nem

4. Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a Felhívásra beadott pályázatom kapcsán a Projektiroda által meghozott döntésben meghatározott alábbi kérdőív felvételének helyszíneit, továbbá a helyszínenkénti célérték és foglalkoztatási adatokat elfogadom:

Célérték és foglalkoztatási adatok			
Kérdőív felvételének helyszíne ¹	Kérdezőbiztosi feladatok ellátására kijelölt személy neve	Kérdezőbiztosi feladatok ellátására kijelölt személyhez kapcsolt feladatvégzés időtartam (hónap)	Kérdezőbiztosi feladatok ellátására kijelölt személyhez kapcsolt, vállalt célérték, kérdőívek darabszáma (db)

igen

nem

5. Jelen nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem, hogy a nyilatkozat 3. pontjában meghatározott célérték és foglalkoztatási adatok egyoldalúan nem módosíthatóak.

igen

nem

Dátum

Aláírás/Pecset

Név:

Beosztás:

¹ A felvétel helyszínén szereplő, az étkezés szolgáltatásába bevont valamennyi ellátási forma részt vehet a célérték teljesítésében