Załącznik nr 2 do ogłoszenia otwartego konkursu ofert na realizację w 2025 roku zadań publicznych Samorządu Województwa Pomorskiego obejmujących działalność pożytku publicznego w zakresie ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej

karta oceny formalnej i merytorycznej oferty

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer oferty** |  |
| **Nazwa Oferenta** |  |
| **Tytuł projektu** |  |
| **Wnioskowana kwota** |  |

# **Ocena formalna oferty**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data dokonania oceny formalnej** |  |

| **Lp.** | **Kryterium formalne** | **Tak** | **Nie** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Oferta została złożona w terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie |  |  |
| 2. | Oferta złożona przez podmiot uprawniony |  |  |
| 3. | Oferta złożona w sposób wskazany w ogłoszeniu o konkursie |  |  |
| 4. | Oferta i załączniki zostały podpisane przez osoby upoważnione do reprezentowania Oferenta |  |  |
| 5. | Do oferty zostały załączone wszystkie przewidziane w ogłoszeniu załączniki |  |  |
| 6. | Koszty administracyjne zadania nie są wyższe niż 15 % wartości dotacji |  |  |
| 7. | Oferent zagwarantował wkład własny finansowy w wysokości minimum 5% sumy wszystkich kosztów realizacji zadania |  |  |
| 8. | Maksymalna wysokość oczekiwanej dotacji nie przekracza kwoty, na jaką dany Oferent może złożyć ofertę w ramach konkursu |  |  |
| 9. | Złożona oferta jest zgodna tematycznie z ogłoszeniem o konkursie |  |  |
| 10. | Oferta ma charakter ponadlokalny |  |  |
|  | **Oferta kwalifikuje się do oceny merytorycznej:** |  |  |
| **Uwagi dotyczące braków formalnych:** | | | |
| **Czytelny podpis osoby dokonującej oceny formalnej:** | | | |

# **Ocena merytoryczna oferty**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data posiedzenia Komisji Konkursowej** |  |

| **Lp.** | **Kryteria merytoryczne** | **Ocena** |
| --- | --- | --- |
| 1. | Szczegółowość, kompletność i spójność oferty oraz proponowana jakość realizacji zadania (max. 15 pkt.): | |
| 2. | Opis zakładanych rezultatów realizacji zadania publicznego (max. 8 pkt.) | |
| 3. | Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania publicznego (max. 6 pkt.) | |
| 4. | Dotychczasowa realizacja podobnych zadań we współpracy z Departamentem Zdrowia (max. 7 pkt.) | |
|  | **SUMA** (max. 36 pkt.) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Przekazuje się do Zarządu Województwa Pomorskiego** | Tak | Nie |
| **Przyznana kwota dofinansowania:** |  | |
| **Uzasadnienie:** | | |

|  |
| --- |
| **Podpis przewodniczącego Komisji:** |