

Załącznik Nr 7
do konkursu ofert na wybór realizatora programu
polityki zdrowotnej Program polityki zdrowotnej
profilaktyki zaburzeń lękowych i nastroju mieszkańców
województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat

FORMULARZ OCENY FORMALNEJ

Nazwa i adres Oferenta:

Lp.	Wymogi formalne	TAK	NIE
1.	Czy oferta została złożona w terminie określonym w ogłoszeniu konkursowym?		
2.	Czy oferta została złożona na obowiązującym wzorze oferty oraz jest prawidłowo wypełniona i uzupełniona w języku polskim?		
3.	Czy oferta złożona została przez podmiot uprawniony do uczestnictwa w konkursie?		
4.	Czy wszystkie pola oferty są wypełnione?		
5.	Czy oferta została podpisana przez osoby upoważnione do reprezentacji lub dołączono Pełnomocnictwo?		
6.	Czy oferta zawiera odpis dokumentu rejestrowego, wskazującego osoby uprawnione do reprezentowania podmiotu oraz pełnomocnictwo (jeśli dotyczy)?		
7.	Czy planowane do realizacji działania są zgodne z przedmiotem konkursu oraz treścią Programu?		
8.	Czy oferta zawiera dokumenty posiadające atrybut wiarygodności, tzn. kserokopie oryginałów aktualnych dokumentów i certyfikatów zebranych w celu złożenia oferty, i czy są one potwierdzone przez upoważnionego przedstawiciela oferenta, oraz czy jest zapis na każdej stronie w postaci formuły: za zgodność z oryginałem, data oraz podpis?		
9.	Czy do oferty dołączono dokument potwierdzający aktualną polisę OC lub pisemne zobowiązanie się oferenta stanowiące załącznik nr 3 do ogłoszenia o konkursie ofert?		

Oferta spełnia kryteria oceny formalnej. TAK / NIE

Podpisy członków Komisji:

*Załącznik Nr 8
do konkursu ofert na wybór realizatora programu
polityki zdrowotnej Program polityki zdrowotnej
profilaktyki zaburzeń lękowych i nastroju mieszkańców
województwa podlaskiego w wieku 18-64 lat*

FORMULARZ OCENY MERYTORYCZNEJ

Nazwa i adres Oferenta:

Kryterium	Waga kryterium	Liczba punktów
Cena	85%	
Doświadczenie w realizacji świadczeń w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w sposób ciągły	15%	

Poniżej przedstawiam kody umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia:

.....

Podpisy członków Komisji: