|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Załącznik nr 8** |
|  |
| Pełna nazwa Oferenta (uzupełniona komputerowo, wielkimi literami, np.: SZPITAL POWIATOWY NR 5 W WARSZAWIE, UL. DŁUGA 10, 00-090 WARSZAWA) |

**KARTA OCENY**

**Zadeklarowany w załączniku nr 2 udział własny w zakupie sprzętu w ilości i rodzaju określonych w dokumencie Programu:**

[ ]  poniżej 5%

[ ]  5,01%- 10%

[ ]  10,01% - 15%

[ ]  15,01% - 20%

[ ]  20,01% i powyżej

**Zadeklarowana liczba dzieci objętych dziecięcą opieka koordynowaną (DOK) w 2017 roku:**

[ ]  poniżej 3 lat

[ ]  od 3 do 5 lat

[ ]  powyżej 5 lat

**Zadeklarowana możliwość konsultacji specjalistycznych wymaganych w ramach DOK (np. konsultacja lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii dziecięcej, rehabilitacji medyczne):**

[ ]  wyłącznie w ramach własnej struktury

[ ]  w ramach własnej struktury i podwykonawstwa

**Zadeklarowana średnia data produkcji posiadanego sprzętu komputerowego i narzędzi informatycznych:**

[ ]  rok zakupu sprzętu (2015-2017)

[ ]  rok zakupu sprzętu (2011 – 2015)

[ ]  rok zakupu sprzętu < 2011

Oświadczam, że wszystkie dane są zgodne z prawdą. Informacje zawarte w karcie oceny pokrywają się z informacjami przedstawionymi w ofercie oraz są zgodne ze stanem faktycznym.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………… |  | ……………………………………………  |
| Data, imienna pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej za sprawy finansowe Oferenta |  | Data, imienna pieczęć i podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta |