**Karta oceny oferty na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego składana zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1608) w ramach Narodowego Programu Zdrowia 2021-2025**

|  |
| --- |
| *Informacje o ofercie* |
| **Cel operacyjny NPZ *[numer i nazwa]*** |  |
| **Zadanie z zakresu zdrowia publicznego *[numer, pełna nazwa zadania zgodnie z NPZ]*** |  |
| **Okres realizacji zadania *[od mm.rrrr do mm.rrrr]*** |  |
| **Numer kancelaryjny oferty *[numer RPW]*** |  |
| **Data i godzina wpływu oferty** |  |
| **Pełna nazwa oferenta** |  |

OCENA FORMALNA

|  |
| --- |
| **I. KRYTERIA FORMALNE** *(należy każdorazowo zaznaczyć właściwe znakiem „X”)* |
| 1. | Oferta została złożona przez uprawniony podmiot |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 2. | Oferta została podpisana przez osobę/y upoważnioną/e do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 3. | Oferta została złożona zgodnie ze wzorem (formularzem oferty) stanowiącym załącznik nr 2 do ogłoszenia |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 4. | Prawidłowo uzupełniono cz. I formularza oferty – *I. Zgłoszenie ofertowe* |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 5. | Prawidłowo uzupełniono cz. II formularza oferty – *II. Koncepcja realizacji zadania* |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 6. | Prawidłowo uzupełniono cz. III formularza oferty – *II. Plan rzeczowo-finansowy* |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 7. | Prawidłowo uzupełniono cz. IV formularza oferty – *IV. Informacja o prowadzonej działalności* |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 8. | Prawidłowo uzupełniono cz. V formularza oferty – *V. Oświadczenia* |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 9. | Oferta zakłada zapewnienie wymaganego współfinansowania (jeśli dotyczy) |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 10. | Oferent przedłożył aktualny odpis z odpowiedniego rejestru lub inne dokumenty informujące o statusie prawnym podmiotu składającego ofertę i umocowania osób go reprezentujących |
| □ Tak  | □ Nie – skierować ofertę do uzupełnienia  |
|  | Uwagi: |
| **II. WYNIK OCENY FORMALNEJ**  |
| ***Data oceny formalnej*** |  |
| Czy oferta spełnia wszystkie kryteria formalne i może być przekazana do oceny merytorycznej? |
| □ Tak | **□** Nie – skierować ofertę do korekty /uzupełnienia \* |
| **□** Nie – odrzucić ofertę, stwierdzono braki niepodlegające uzupełnieniu uzasadnienie: …………………………………………………………. |
| 1. **WEZWANIE DO UZUPEŁNIENIA** *(Jeżeli dotyczy\*)*
 |
| **Data wskazania braków formalnych podlegających uzupełnieniu** [data publikacji ogłoszenia na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia] **oraz wskazane braki formalne:** |
| ***Data wpływu uzupełnienia*** |  |
| 1. **WERYFIKACJA UZUPEŁNIENIA OFERTY**
 |
| **Lp.** | ***Data ponownej oceny formalnej*** | **Uzupełnienie braku formalnego** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| **Czy uzupełniono wszystkie wskazane braki formalne?** |
| □ Tak – skierować ofertę do oceny merytorycznej | □ Nie – oferta odrzucona (uzasadnić)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| ***Data skierowania oferty do oceny merytorycznej*** |  |

II. OCENA MERYTORYCZNA

|  |
| --- |
| **I. KRYTERIA MERYTORYCZNE***(należy każdorazowo zaznaczyć właściwe znakiem „X”)* |
| **I.I KRYTERIA PROGOWE** (wypełniane zgodnie z zapisami właściwego ogłoszenia o konkursie ofert) |
| 1. | Czy oferent określił cele realizacji zadnia, które są możliwe do osiągnięcia, realne i mierzalne? |
| □ Tak | □ Nie  |
| Uwagi: |
| 2. | Czy oferent opisał grupę docelową (tj. osoby/ podmioty), które zostaną objęte realizacją zadania? |
| □ Tak | □ Nie  |
| Uwagi: |
| 3. | Czy oferent przedstawił szczegółowy opis działań oraz sposoby/narzędzia ich realizacji? |
| □ Tak | □ Nie  |
| Uwagi: |
| 4. | Czy wskaźniki rezultatu są adekwatne i mają odpowiednią wartość, czy wskazano sposób monitorowania osiągniętych rezultatów? |
| □ Tak | □ Nie  |
| Uwagi: |
| 5. | Czy wskazane produkty/materiały są adekwatne i niezbędne dla osiągnięcia zakładanych rezultatów? |
| □ Tak  | □ Nie  |
| Uwagi: |
| 6. | Czy harmonogram działań jest racjonalny, tj. sekwencja działań jest właściwa? |
| □ Tak  | □ Nie  |
| Uwagi: |
| 7. | Czy wydatki określone w kalkulacji kosztów są niezbędne do realizacji zadania i osiągania jego celów? |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 8. | Czy wydatki określone w kalkulacji kosztów spełniają zasady kwalifikowalności wydatków? |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 9. | Czy poziom kosztów administracyjnych zawartych w kalkulacji kosztów nie przekracza dopuszczalnego poziomu? |
| □ Tak | □ Nie |
| Uwagi: |
| 10. | ……………………………………………………….. |
| □ Tak | □ Nie |
|  |
| **Czy oferta spełnia wszystkie merytoryczne kryteria progowe?** |
| □ Tak – wypełnić część I.II | **□** Nie – uzasadnić i nie oceniać dalej oferty |
| Uzasadnienie oceny niespełnienia kryteriów progowych (wypełnić w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „NIE” powyżej): |
| **I.II KRYTERIA PREMIUJĄCE** |
| Nazwa kryterium | Maksymalna ocena punktowa | Ocena punktowa |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| … |  |  |
| SUMA PUNKTÓW |  |  |

|  |
| --- |
| Uzasadnienie przyznanej punktacji: |
| **II. WYNIK OCENY MERYTORYCZNEJ** |
| ***Data oceny merytorycznej*** |  |
| Czy oferta spełnia kryteria premiujące na poziomie co najmniej 60%? |
| □ Tak | **□** Nie |
| Czy zgłoszono uwagi do poszczególnych pozycji kosztorysu/ wysokości i rodzaju wydatków wykazanych w ofercie? |
| □ Tak | **□** Nie |
| Zgłoszone uwagi do kosztorysu oferty: |
| Czy zgłoszono konieczność złożenia wyjaśnień do oferty? |
| □ Tak | **□** Nie |
| Kwestie wymagające wyjaśnienia: |
| 1. **WEZWANIE DO WYJAŚNIEŃ** *(Jeżeli dotyczy\*)*
 |
| *[data, znak pisma, wskazane uwagi do kosztorysu oferty/ kwestie wymagające wyjaśnienia]* |
| ***Data wpływu wyjaśnień*** |  |
| 1. **WERYFIKACJA WYJAŚNIEŃ**
 |
| **Lp.** | ***Data ponownej oceny merytorycznej*** | **Opinia Komisji** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 1. **INNE**
 |
| Czy podczas oceny zasięgano opinii, o której mowa w § 6 ust. 6 Zasad? |
| □ Tak | **□** Nie |
| Przekazana opinia: |
| Czy ofertę skierowano do negocjacji? |
| □ Tak | **□** Nie |
| **Rekomendowana kwota****finansowania wraz z uzasadnieniem\****\*uzasadnienie podaje się wyłącznie w sytuacji rekomendowania przez oceniających kwoty innej niż wnioskowana* |  |
| **Akceptuję***(akceptacja przez Dyrektora komórki organizacyjnej)* |  |
| ***Zatwierdzam do realizacji*** |  |