Załącznik nr 3 do Ogłoszenia

|  |
| --- |
| **KARTA OCENY FORMALNEJ OFERTY** |
| **OGÓLNE DANE DOT. OFERTY** |
| 1. Rodzaj zadania z zakresu zdrowia publicznego określonego w ogłoszeniu o konkursie  | **Resortowy program Ministra Rodziny****i Polityki Społecznej pod nazwą:****„****Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2024** |
| 2. Nazwa obszaru na jaki została złożona oferta  |  |
| 3.Tytuł zadania publicznego |  |
| 4. Nazwa i adres organizacji  |  |
| 5. Numer oferty |  |
| **KRYTERIA FORMALNE** |
| **OFERTA SPEŁNIA WYMOGI FORMALNE JEŻELI:** | **TAK/ NIE\*** | **uwagi** |
| 1. Oferta posiada wypełnione wszystkie punkty formularza.  |  |  |
| 2. Oferent złożył ofertę w terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie |  |  |
| 3. Oferta zawiera wymagane załączniki.  |  |  |
| 4. Oferta złożona we właściwy sposób.  |  |  |
| 5. Oferta złożona na właściwym formularzu. |  |  |
| 6. Oferta złożona przez podmiot uprawniony.  |  |  |
| 7. Oferta złożona na zadanie ogłoszone w konkursie zgodne z działalnością statutową oferenta.  |  |  |
| 8. Oferta złożona w jednoznacznie zdefiniowanym zakresie zadania.  |  |  |
| 9. Oferta jest podpisana przez osoby do tego upoważnione zgodnie z zapisami statutu i KRS.  |  |  |
| 10. Oferta zawiera wkład własny w wysokości 10% kosztów kwalifikowanych zadania. |  |  |
| Uwagi dotyczące oceny formalnej |
|  |
| Podpisy członków Komisji oceniających ofertę:  |
| Przewodniczący Komisji - przedstawiciel Urzędu Gminy w Kłomnicach |
| Przedstawiciel Urzędu Gminy w Kłomnicach |
| Przedstawiciel Urzędu Gminy w Kłomnicach |
| Przedstawiciel podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 2 ustawy  |
| Przedstawiciel podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 2 ustawy  |
| Oferta spełnia wymogi formalne / nie spełnia wymogów formalnych\*\* i podlega / nie podlega\*\* ocenie merytorycznej  | ………………………………………...(podpis przewodniczącego Komisji) |

|  |
| --- |
|  \* wpisać we właściwą rubrykę.  |
| \*\* niepotrzebne skreślić  |