**Załącznik nr 8 do Regulaminu**

Minister Zdrowia

ul. Miodowa 15,

00-952 Warszawa

WNIOSEK O PONOWNĄ OCENĘ PRZEDSIĘWZIĘCIA

realizowanego w ramach inwestycji D1.1.2 „Przyspieszenie procesów transformacji cyfrowej ochrony zdrowia poprzez dalszy rozwój usług cyfrowych w ochronie zdrowia” będącej elementem komponentu D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”

Nr naboru: ……………………………………………………………….

Nr Wniosku: ……………………………………………………………

Tytuł przedsięwzięcia: …………………………………………….

Nazwa Wnioskodawcy: ……………………………………………

Adres Wnioskodawcy (właściwy do korespondencji): ……………………………………………………

E-mail: ……………..@..................................., telefon: …………………………………………………..

Adres skrytki ePUAP: ……………………………………………………………..

Kryteria, z wynikiem oceny których Wnioskodawca się nie zgadza:

Nazwa i nr kryterium\* ……………….………………………………………………….

Opis zarzutu nr\*\* ……………………………………………………………………....

Uzasadnienie:……………………………………………………………………………

Treść zarzutu nr\*\* .……………………………………………………………………

Uzasadnienie:……………………………………………………………………………

Nazwa i nr kryterium\* :……………….………………………………………………….

Opis zarzutu nr\*\* :……………………………………………………………………....

Uzasadnienie:……………………………………………………………………………

Treść zarzutu nr\*\* :………………………………………………………………………

Uzasadnienie:……………………………………………………………………………

……………………………

Data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy

\* Należy opisać dla każdego z kryterium (powielić wg potrzeb)

\*\* Należy opisać każdy zarzut oddzielnie (powielić wg potrzeb)

Załączniki (jeżeli dotyczy):

- Oryginał pełnomocnictwa albo jego kopia poświadczona za zgodność z oryginałem (jeżeli dotyczy), za zgodność z oryginałem może poświadczyć notariusz lub mocodawca.