



AGENCJA
BADAŃ
MEDYCZNYCH

.....
miejscowość, data

Prezes
Agencji Badań Medycznych

WNIOSEK O PONOWNĄ OCENĘ

Nazwa Konkursu:

.....

Numer Konkursu:

.....

Numer Wniosku:

.....

Tytuł Przedsięwzięcia:

.....

Nazwa Wnioskodawcy:

.....

Adres Wnioskodawcy (właściwy do korespondencji):

.....

Adres skrytki ePUAP

.....

Kryteria, z wynikiem oceny których Wnioskodawca się nie zgadza:

Nazwa i nr kryterium¹:.....

Treść zarzutu² nr 1:.....

Uzasadnienie:.....

Treść zarzutu nr 2:.....

Uzasadnienie:.....

Nazwa i nr kryterium:.....

Treść zarzutu nr 1:.....

Uzasadnienie:.....

Treść zarzutu nr 2:.....

Uzasadnienie:.....

.....
Data i podpis osoby
upoważnionej do
reprezentowania
Wnioskodawcy³

Załącznik:

1. oryginał pełnomocnictwa albo jego kopia poświadczona za zgodność z oryginałem (jeśli dotyczy)³.

¹ Każde kryterium należy wpisać do kolejnej tabeli.

² Zarzuty do wyników oceny poszczególnych kryteriów wraz z uzasadnieniem należy wymienić w odrębnych punktach.

³ W przypadku gdy wniosek o ponowną ocenę wpłynie przez ePUAP, pełnomocnictwo dla osoby upoważnionej powinno być sporządzone w formacie pdf i opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym.



Rzeczpospolita
Polska

Sfinansowane przez
Unię Europejską
NextGenerationEU

