…………………………

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 kryterium[[1]](#footnote-2)**:……………….………………………………………………….  **Treść zarzutu[[2]](#footnote-3) 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]](#footnote-4).

1. Każde kryterium należy wpisać do kolejnej tabeli. [↑](#footnote-ref-2)
2. Zarzuty do wyników oceny poszczególnych kryteriów wraz z uzasadnieniem należy wymienić w odrębnych punktach. [↑](#footnote-ref-3)
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. [↑](#footnote-ref-4)