*LOGOTYPY*

**Karty oceny zgodności z kryteriami wyboru**

**oraz ustalenia kwoty wsparcia**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko członka Rady: |  |
| Numer naboru: |  |
| Znak sprawy: |  |
| Data wpływu: |  |
| Imię i nazwisko / nazwa wnioskodawcy: |  |
| Tytuł operacji: |  |

1. OCENA ZGODNOŚCI Z KRYTERIAMI WYBORU

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa kryterium** | **Maksymalna liczba punktów** | **Opis** | **Przyznana ocena** | **Uzasadnienie oceny** |
| 1. *NAZWA KRYTERIUM*  *(opis kryterium)* | 1 | tekst warunku *[1 pkt.]*  tekst warunku *[0 pkt.]* | 0 | *Uzasadnienie przyznania punktów* |
| 2. *NAZWA KRYTERIUM*  *(opis kryterium)* | 1 | tekst warunku  *[1 pkt.]*  tekst warunku  *[0 pkt.]* | 0 | *Uzasadnienie przyznania punktów* |
| 3. *NAZWA KRYTERIUM*  *(opis kryterium)* | 3 | tekst warunku  *[3 pkt.]*  tekst warunku  *[2 pkt.]*  tekst warunku  *[1 pkt.]* | 3 | *Uzasadnienie przyznania punktów* |
| 3. *NAZWA KRYTERIUM*  *(opis kryterium)* | 3 | tekst warunku  *[1 pkt.]*  tekst warunku   *[1 pkt.]*  tekst warunku  *[1 pkt.]*  tekst warunku  [0 pkt.] | 2 | *Uzasadnienie przyznania punktów* |
| 4. *NAZWA KRYTERIUM*  *(opis kryterium)* | 1 | tekst warunku  *[1 pkt.]*  tekst warunku  *[0 pkt.]* | 1 | *Uzasadnienie przyznania punktów* |
| ……… |  |  |  |  |
| Razem: | | | 6 |  |
| Maksymalna liczba punktów: | 30 |  | | |
| Minimalna liczba punktów, którą musi uzyskać wniosek by znaleźć się w strefie umożliwiającej dofinansowanie: | 10 |  | | |

2. DECYZJA W SPRAWIE OCENY ZGODNOŚCI Z KRYTERIAMI WYBORU

|  |  |
| --- | --- |
| Czy wniosek osiągnął minimalną liczbę punktów | TAK   NIE |
| Czy wniosek osiągnął minimum warunkowe *(jeśli dotyczy)* | TAK   NIE |
| Liczba punktów | **………... pkt.** |
| *Uwagi* |  |

3. DECYZJA W SPRAWIE USTALENIA KWOTY WSPARCIA

|  |  |
| --- | --- |
| Rada ustala kwotę wsparcia w wysokości kwoty wnioskowanej | TAK   NIE |
| Rada ustala kwotę wsparcia w wysokości  *(uzupełnić jeśli kwota wsparcia jest niższa niż wnioskowana)* | …………………………. |
| Uzasadnienie  *(uzupełnić jeśli kwota wsparcia jest niższa niż wnioskowana)* | …………………………. |

Zatwierdzający: *Imię i nazwisko Funkcja*

Data oceny ………………………………………….