****

**WZÓR**

**ODWOŁANIE**

**OD WYNIKU OCENY FORMALNEJ  
WNIOSKU APLIKACYJNEGO**

*Złożonego dla Programu PL13*

***OGRANICZANIE SPOŁECZNYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU***

*Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009 - 2014*

*Nazwa i adres Operatora Programu:*

**Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich  
Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa**

Nazwa i adres wnioskodawcy: …………………………………………………………………………………………………...

Tytuł projektu:.…………………………………………………………………………………..

Numer projektu:…………………………………………………..……………………………..

Data otrzymania przez wnioskodawcę zawiadomienia o wyniku oceny formalnej…………….

Data wpływu odwołania do Instytucji rozpatrującej odwołanie[[1]](#footnote-1)………………………………..

**A. Odwołanie jest wnoszone w odniesieniu do przyznanej oceny w systemie zero – jedynkowym w następujących kryteriach oceny (wraz z uzasadnieniem):**

1. **Kryterium………………..... nr……………**.(należy podać numer kryterium i nazwę)
2. **Kryterium………………..... nr……………**.(należy podać numer kryterium i nazwę)

**Uzasadnienie:………..........................** (należy uzasadnić spełnienie danego kryterium wraz ze wskazaniem odpowiednich dokumentów, o ile dotyczy)

**B. Odwołanie jest wnoszone w odniesieniu do poprawności czynności w ramach oceny**

(należy wskazać przepisy procedury oceny formalnej, które zostały naruszone wraz z podaniem uzasadnienia oraz istoty i zakresu żądania a także wskazać dokumenty potwierdzające zarzuty, o ile dotyczy)

……………………………………………………

imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe

osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy[[2]](#footnote-2)

1. *Uzupełnia Instytucja, do której wnoszone jest odwołanie.*  [↑](#footnote-ref-1)
2. *Należy załączyć dokument uprawniający do wniesienia odwołania w imieniu wnioskodawcy, o ile nie wynika z dokumentów załączonych do wniosku aplikacyjnego.*  [↑](#footnote-ref-2)