

KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU

Numer wniosku o akredytację	
Nazwa Wnioskodawcy	
<i>dotyczy obszaru¹:</i>	<input type="checkbox"/> usługi proinnowacyjne <input type="checkbox"/> usługi rozwojowe

Kryteria formalne - **obligatoryjne dla obu obszarów (zero-jedynkowe).**

Lp.	Kryterium	Spełnia/ Nie spełnia (1/0)		
		Oceniający nr 1	Oceniający nr 2	Przewodniczący komisji
1.	Ośrodek prowadzi samodzielną lub wyodrębnioną prawnie i organizacyjnie działalność.			
2.	Siedziba Instytucji Zarządzającej Ośrodkiem pod względem rejestracyjnym i fizycznym jest w województwie śląskim.			
3.	Działalność Ośrodka i Instytucji Zarządzającej Ośrodkiem w województwie śląskim jest nie krótsza niż 3 lata liczone wstecz od końca roku poprzedzającego złożenie wniosku o akredytację.			
4.	Działalność Ośrodka jako podmiotu non profit/non for profit jest nie krótsza niż 3 lata liczone wstecz od końca roku poprzedzającego złożenie wniosku o akredytację.			
5.	Ośrodek posiada doświadczenie i zrealizował min. 3 inicjatywy (zakończone) związane ze wspieraniem przedsiębiorczości i innowacji w przeciągu ostatnich 5 lat (liczonych wstecz od złożenia wniosku o akredytację) na terenie województwa śląskiego dotowanych ze środków UE (w tym również Norweski Mechanizm Finansowy i Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego (czyli tzw. Fundusze norweskie i EOG), Szwajcarsko-Polski Program Współpracy (SPPW) - fundusze szwajcarskie), których był koordynatorem lub znaczącym wykonawcą.			
6.	Ośrodek posiada certyfikat lub regulamin/procedurę potwierdzający jakość świadczonych usług we wskazanym obszarze np. ISO, SOOliP, akredytacja laboratoriów, regulamin wewnętrzny.			
7.	Monitoring jakości usług.			



8.	Wniosek o akredytację został złożony na prawidłowym wzorze, dokumentów udostępnionych na stronach wskazanych w ogłoszeniu o naborze.			
9.	Wniosek o akredytację zawiera wszystkie niezbędne załączniki.			
10.	Wniosek o akredytację wraz z oświadczeniami w nim zawartymi został podpisany przez osoby uprawnione do reprezentowania Ośrodka.			
RAZEM (wymagana liczba punktów 10)				
Członek komisji oceniającej potwierdza/nie potwierdza spełnienia oceny formalnej ¹				
W przypadku decyzji negatywnej należy wskazać uzasadnienie:				
.....				
.....				
.....				

Komisja oceniająca	Data/podpis
Imię i nazwisko (oceniający/ca nr 1)	
Imię i nazwisko (oceniający/ca nr 2)	
Imię i nazwisko przewodniczącego komisji	

¹ niepotrzebne skreślić



KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU OBSZAR USŁUGI PROINNOWACYJNE

Numer wniosku o akredytację	
Nazwa Wnioskodawcy	
Imię i nazwisko osoby oceniającej (oceniający/ca nr 1)	
Imię i nazwisko osoby oceniającej (oceniający/ca nr 2)	
Imię i nazwisko przewodniczącego komisji	

Lp.	Nazwa kryterium	Punktacja	Oceniający nr 1	Oceniający nr 2	Przewodniczący komisji	UWAGI/KOMENTARZ/ UZASADNIENIE
1	Doświadczenie w realizacji usług proinnowacyjnych dla sektora MŚP	0-1				
2	Kompetencje ekspertów etatowych i zewnętrznych Ośrodka	0-1				
3	Dostęp do baz danych	0-1				
4	Potencjał infrastrukturalny do udzielenia wsparcia w usługach proinnowacyjnych	0-1				
RAZEM (wymagana liczba punktów 4)						
Członek komisji oceniającej potwierdza/nie potwierdza spełnienia oceny merytorycznej ²						

² niepotrzebne skreślić



w grupie usług³:

- Usługi w zakresie wsparcia przedsiębiorstwa w zarządzaniu strategicznym rozwojem innowacyjnym.
- Usługi w zakresie wsparcia przedsiębiorstwa w procesie opracowania i/lub wdrożenia innowacji.
- Usługi w zakresie wsparcia infrastrukturalnego w procesie opracowania i/lub wdrożenia innowacji.
- Usługi badawcze i rozwojowe niezbędne w procesie opracowania i wdrożenia innowacji.

W przypadku decyzji negatywnej należy wskazać uzasadnienie

.....

.....

.....

Komisja oceniająca	Data/podpis
Imię i nazwisko (oceniający/ca nr 1)	
Imię i nazwisko (oceniający/ca nr 2)	
Imię i nazwisko przewodniczącego komisji	

³ w przypadku rekomendacji proszę wskazać grupy usług



KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU OBSZAR USŁUGI ROZWOJOWE

Numer wniosku o akredytację	
Nazwa Wnioskodawcy	
Imię i nazwisko osoby oceniającej (oceniający/ca nr 1)	
Imię i nazwisko osoby oceniającej (oceniający/ca nr 2)	
Imię i nazwisko przewodniczącego komisji	

Lp.	Nazwa kryterium	Punktacja	Oceniający nr 1	Oceniający nr 2	Przewodniczący komisji	UWAGI/KOMENTARZ/ UZASADNIENIE
1	Doświadczenie w realizacji usług rozwojowych dla sektora MŚP	0-1				
2	Kompetencje ekspertów etatowych i zewnętrznych Ośrodka	0-1				
3	Dostęp do baz danych	0-1				
4	Potencjał infrastrukturalny do udzielenia wsparcia w usługach proinnowacyjnych	0-1				
RAZEM (wymagana liczba punktów 4)						



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Członek komisji oceniającej **potwierdza/nie potwierdza spełnienia oceny merytorycznej** ⁴

w grupie usług⁵:

- Usługi w zakresie strategii działania przedsiębiorstwa.
- Usługi w zakresie zagadnień finansowych, prawnych i administracyjnych.
- Usługi w zakresie marketingowym.
- Usługi w zakresie rozwoju produktu/usługi.

W przypadku decyzji negatywnej należy wskazać uzasadnienie

.....

.....

.....

Komisja oceniająca	Data/podpis
Imię i nazwisko (oceniający/ca nr 1)	
Imię i nazwisko (oceniający/ca nr 2)	
Imię i nazwisko przewodniczącego komisji	

⁴ niepotrzebne skreślić

⁵ w przypadku rekomendacji proszę wskazać grupy usług





Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie