*Załącznik nr 2 do Wniosku o Akredytację Śląskich Ośrodków Innowacji i Przedsiębiorczości*

**KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer wniosku o akredytację** |  |
|  | |
| **Nazwa Wnioskodawcy** | Do uzupełnienia |
| *dotyczy obszaru1:* | usługi proinnowacyjne  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, SOOIiP, 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]](#footnote-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 |  |

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU OBSZAR USŁUGI PROINNOWACYJNE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer wniosku o akredytację** |  |
|  | |
| **Nazwa Wnioskodawcy** | Do uzupełnienia |
| **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]](#footnote-2)**  w grupie usług[[3]](#footnote-3):  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 |  |

**KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU OBSZAR USŁUGI ROZWOJOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer wniosku o akredytację** |  |
|  | |
| **Nazwa Wnioskodawcy** | Do uzupełnienia |
| **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)** | | |  |  | |  |
| Członek komisji oceniającej **potwierdza/nie potwierdza spełnienia oceny merytorycznej [[4]](#footnote-4)**  w grupie usług[[5]](#footnote-5):  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 |  |

1. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. w przypadku rekomendacji proszę wskazać grupy usług [↑](#footnote-ref-3)
4. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-4)
5. w przypadku rekomendacji proszę wskazać grupy usług [↑](#footnote-ref-5)