

KARTA WERYFIKACJI WYMOGÓW FORMALNYCH WYBORU PROJEKTÓW KONKURSOWYCH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO  
WOJEWÓDZTWA WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO NA LATA 2014-2020

**INSTYTUCJA PRZYJMUJĄCA WNIOSEK:**…………………………………………………………………………………….

**DATA WPŁYWU WNIOSKU:**……………………………………………………………………………………………………..

**NUMER KANCELARYJNY WNIOSKU**:...............................................................................................................................................

**TYTUŁ PROJEKTU:**………………………………………………………………………………………………………………..

**SUMA KONTROLNA WNIOSKU:**.........................................................................................................................................................

**NAZWA WNIOSKODAWCY:**…………………………………………………………………………………………………........

**OCENIAJĄCY:**…………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A.** | **NAZWA WYMOGU** | **TAK** | **NIE[[1]](#footnote-1)** | **Uzasadnienie  oceny spełniania wymogu** |
| 1. | Czy wniosek złożono w wersji papierowej? |  |  |  |
| 2. | Czy wersja elektroniczna wniosku jest zgodna z wersją papierową (sumy kontrolne wersji papierowej i elektronicznej są tożsame) oraz wydruk zawiera wszystkie strony o sumie kontrolnej zgodnej z wersją elektroniczną? |  |  |  |
| 3. | Czy wniosek w wersji papierowej został opatrzony podpisami i pieczęciami osoby uprawnionej/osób uprawnionych do podejmowania wiążących decyzji w imieniu Wnioskodawcy i Partnerów (o ile dotyczy)? |  |  |  |
| 4. | Czy wraz z wnioskiem złożono wszystkie wymagane załączniki, zgodnie z Regulaminem konkursu (o ile dotyczy)? |  |  |  |
| 5. | Czy wniosek zawiera inne braki formalne lub oczywiste omyłki nieprowadzące do istotnej modyfikacji wniosku.? |  |  |  |
| **DECYZJA W SPRAWIE POPRAWNOŚCI WNIOSKU** | | | | |
| **B.** |  | **TAK** | **NIE** | **Uwagi** |
|  | Czy wniosek spełnia wszystkie wymogi formalne i może zostać przekazany do oceny formalno-merytorycznej? |  |  |  |

**Sporządzone przez:** **Zatwierdzone przez (wypełnić w przypadku pracownika IP):**

Imię i nazwisko: Imię i nazwisko:

Komórka organizacyjna: Komórka organizacyjna:

Data: Data:

Podpis:Podpis

1. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „NIE” wniosek o dofinansowanie kierowany jest do poprawy lub uzupełnienia. [↑](#footnote-ref-1)