

.....  
miejscowość, data



REGIONALNE  
CENTRUM  
MEDYCYN  
CYFROWEJ

**Prezes  
Agencji Badań Medycznych**

**PROTEST**

od wyników Konkursu<sup>1</sup>

**DOTYCZY:**

Nazwa instytucji właściwej do rozpatrzenia protestu: **Agencja Badań Medycznych**

Nazwa i numer Konkursu: „**Tworzenie i rozwój Regionalnych Centrów Medycyny Cyfrowej**”

Numer Konkursu: **ABM/2023/2**

Numer Wniosku:

.....

Tytuł Projektu:

.....

Nazwa Wnioskodawcy:

.....

Adres Wnioskodawcy (właściwy do korespondencji):

.....

Konsorcjanci wskazani we Wniosku:

.....

Adres skrytki: ePUAP:

.....

---

<sup>1</sup> Na podstawie art. 19 ust. 8 Ustawy o Agencji Badań Medycznych.

Kryteria oceny Wniosków, z których oceną Wnioskodawca się nie zgadza:

Nazwa i nr kryterium<sup>2</sup>:

.....

Treść zarzutu<sup>3</sup> nr 1:

.....

Uzasadnienie:

.....

Treść zarzutu nr 2:

.....

Uzasadnienie:

.....

Treść zarzutu nr 3:

.....

Uzasadnienie:

.....

Data i podpis Wnioskodawcy albo osoby upoważnionej do jego reprezentowania.

Rekomenduje się by protest nie przekraczał 5 stron.

### **Załącznik:**

1. oryginał pełnomocnictwa albo jego kopia poświadczona za zgodność z oryginałem (jeśli dotyczy)<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Każde kryterium należy wpisać do kolejnej tabeli.

<sup>3</sup> Zarzuty do poszczególnych kryteriów wraz z uzasadnieniem należy wymienić w odrębnych punktach.

<sup>4</sup> W przypadku gdy protest wpłynie przez ePUAP pełnomocnictwa dla osoby upoważnionej - dokument ten powinien być sporządzony w formacie .pdf opatrzonym kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby wystawiającej takie upoważnienie lub elektroniczną kopią sporządzoną przez notariusza i opatrzoną jego podpisem elektronicznym.