

GRELHA DE AVALIAÇÃO

Designação do contrato:	FORNECIMENTO DE DISPOSITIVOS MÉDICO, INFORMÁTICOS NÃO MÉDICO E TECNOLÓGICOS	Referência da publicação:	ACAP/AID 012524/01/0-TELEMEDICINA 05
--------------------------------	--	----------------------------------	---

Proposta n.º	Nome do proponente	As regras de origem são respeitadas? (orientações adicionais ¹) (S/N)	Capacidade económica e financeira? (OK/a/b/...)	Capacidade profissional? (OK/a/b/...)	Capacidade técnica? (OK/a/b/...)	Cumprimento ² das especificações técnicas? (OK/a/b/...)	Serviços auxiliares, como requerido? (OK/a/b/.../NA)	Declaração de subcontratação em conformidade com o artigo 6.º das condições gerais? (S/N)	Outros requisitos técnicos do processo do concurso? (Sim/Não/Nã o aplicável)	Conformidade técnica? (S/N)	Justificação/ notas:
1											
2											
3											

¹ Aplicável apenas a contratos financiados por um ato de base ao abrigo do QFP 2014-2020 (contratos/lotos superiores a 100 000 EUR ao abrigo do REC e independentemente do valor para outros instrumentos) e aos contratos financiados pelo Regulamento ICSN 2021/948 de 27 de maio de 2021 ao abrigo do QFP 2021-2027.

² Os critérios de seleção, na secção anterior do presente formulário, têm de ser cumpridos antes da avaliação dos requisitos técnicos.

Proposta n.º	Nome do proponente	As regras de origem são respeitadas? (orientações adicionais ¹) (S/N)	Capacidade económica e financeira? (OK/a/b/...)	Capacidade profissional? (OK/a/b/...)	Capacidade técnica? (OK/a/b/...)	Cumprimento ² das especificações técnicas? (OK/a/b/...)	Serviços auxiliares, como requerido? (OK/a/b/.../NA)	Declaração de subcontratação em conformidade com o artigo 6.º das condições gerais? (S/N)	Outros requisitos técnicos do processo do concurso? (Sim/Não/Não aplicável)	Conformidade técnica? (S/N)	Justificação/notas:
4											

Nome e assinatura do avaliador	
Nome e assinatura do avaliador	
Nome e assinatura do avaliador	
Data	