Załącznik Nr 1

do Regulaminu przyznawania dotacji

…………………………………….

(pieczęć Wnioskodawcy)

**WNIOSEK**

**o przyznanie dotacji podmiotom udzielającym świadczeń w zakresie leczenia odwykowego**

1. **Dane Wnioskodawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Nazwa Wnioskodawcy* |  |
| *Adres* |  |
| *Nr tel.* |  |
| *Adres poczty elektronicznej (e-mail)* |  |
| *KRS* |  |
| *NIP* |  |
| *Osoby prawnie upoważnione do złożenia wniosku  (imię i nazwisko, stanowisko)* |  |
| *Osoba do kontaktów w sprawie wniosku (imię i nazwisko, stanowisko, telefon kontaktowy, e-mail)* |  |
| *Nazwa banku i nr rachunku, na który przekazana ma zostać dotacja* |  |
| *Osoba/y do reprezentowania podmiotu celem podpisania umowy – imię i nazwisko, stanowisko* |  |
| 1. **Opis działań realizowanych przez Wnioskodawcę w ramach udzielonej dotacji:** | |
| **Zadanie nr 1 (krótka nazwa)** |  |
| **Zakres działania nr 1**  *- Należy precyzyjnie określić skalę planowanych działań, miejsce realizacji zadania (np. nazwa oddziału, poradni), grupę docelową, uzasadnienie potrzeby dofinansowania.*  *- Poza wskazaniem zaplanowanych działań, proszę o wskazanie zamierzonego efektu, który zostanie osiągnięty po wdrożeniu planowanych działań.*  *- Brak wykazania szczegółowo planowanych działań (m.in. ilościowo) oraz efektów może skutkować nie przyznaniem dotacji, w związku z niemożliwą oceną celowości i efektywności wydatkowania dotacji.*  *- Efekty wydatkowania dotacji tj. realizacji zaplanowanych działań winny być zbieżne z Celami naboru.* | |
|  | |
| **Termin realizacji Zadania nr 1** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zadanie nr 2 (krótka nazwa)** |  |
| **Zakres działania nr 2**  *- Należy precyzyjnie określić skalę planowanych działań, miejsce realizacji zadania (np. nazwa oddziału, poradni), grupę docelową, uzasadnienie potrzeby dofinansowania.*  *- Poza wskazaniem zaplanowanych działań, proszę o wskazanie zamierzonego efektu, który zostanie osiągnięty po wdrożeniu planowanych działań.*  *- Brak wykazania szczegółowo planowanych działań (m.in. ilościowo) oraz efektów może skutkować nie przyznaniem dotacji, w związku z niemożliwą oceną celowości i efektywności wydatkowania dotacji.*  *- Efekty wydatkowania dotacji tj. realizacji zaplanowanych działań winny być zbieżne z Celami naboru.* | |
|  | |
| **Termin realizacji Zadania nr 2** |  |

*\* W przypadku zaplanowania większej ilości Zadań proszę o powielenie tabeli lub gdyby liczba zadań była mniejsza niż 2, proszę o wykasowanie nieużywanych tabel.*

1. **Kosztorys dotacji:**

Zgodnie z Załącznikiem nr 1 do Wniosku o przyznanie dotacji.

1. Oświadczam/-y, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam/-y, że reprezentowany podmiot nie zalega z opłaceniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne.
3. Oświadczam/-y, że reprezentowany podmiot nie zalega z opłacaniem podatków.
4. Oświadczam/-y, że żadna z osób zarządzających reprezentowanym podmiotem nie była prawomocnie skazana za przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego.
5. Oświadczam/-y, że jestem/-śmy uprawniony/-eni do reprezentowania Wnioskodawcy.
6. Wnioskodawca Oświadcza, że koszty kwalifikowalne w ramach dotacji, na które ubiega się o dofinansowanie, nie są i nie będą jednocześnie finansowane z innych źródeł.

|  |
| --- |
| ***Data wypełnienia wniosku:*** |
| Pieczęć i podpis osób uprawnionych do reprezentowania Podmiotu: |

**Załączniki:**

1. Kosztorys dotacji
2. Pełnomocnictwo do reprezentowania Podmiotu – o ile dotyczy.