2. számú melléklet a támogatási szerződéshez



PÁLYÁZATI ADATLAP

**NYÍREGYHÁZA MEGYEI JOGÚ VÁROS**

**EGÉSZSÉGÜGYI TÁMOGATÓ ALAP PROGRAM (ETAP) IGÉNYLÉSÉRE**

|  |
| --- |
|  |

**A Pályázati Adatlap átvétele nem kötelezi a Nyíregyháza Megyei Jogú Várost a támogatás biztosítására!**

|  |
| --- |
| Az Üzleti tervet átvettem.………………………………….., 2019. ……………………hó ……………nap……………………………………………….aláírás |

|  |
| --- |
| **A PÁLYÁZÓ PRAXIS ALAPADATAI** |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.1. A Pályázó Praxis neve:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.2. A pályázó Praxis ügyvezetője (amennyiben társas vállalkozásról van szó):** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.3.Tevékenység megkezdése:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.4. Adószám:** |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  | - |  |  |

**1.5. Számlavezető hitelintézet Számlaszám**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |

**1.6 .Székhelye/Levelezési címe:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Helység:** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Utca,házszám, emelet, ajtó:** |  |
| **Telefon/Fax:** |  |
| **E-mail:** |  |

**1.7. A beszerzés helyszíne:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Helység:** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Utca,házszám, emelet, ajtó:** |  |
| **Telefon/Fax:** |  |
| **E-mail:** |  |

**1.8. A pályázó praxis vezetőjének személyes adatai:**

|  |  |
| --- | --- |
| Név: | Anyja neve: csak szerződéskötéshez kell megadni |
| Mobiltelefonszám: | Születési hely, dátum: csak szerződéskötéshez kell megadni |
| Személyi igazolvány szám: csak szerződéskötéshez kell megadni | Adó azonosító jele: csak szerződéskötéshez kell megadni |
| Lakcímkártya szám: csak szerződéskötéshez kell megadni | Állandó lakcím, telefon: |
| E-mail cím: |  |

* 1. **Kérjük rövid állítások formájában összegezze a támogatás felvételének célját!**

|  |
| --- |
|  |

**2.2. Sorolja fel a beszerzés tárgyát, összegét!**

|  |  |
| --- | --- |
| **Beszerzés megnevezése** | **Beszerzés tervezett költsége** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**2.3. A támogatás felhasználásának rövid összefoglaló bemutatása**

|  |  |
| --- | --- |
| **összes költség:** |  |
| **ebből forgóeszköz növekmény:** |  |
| Saját forrás: |  |
| A kért vissza nem térítendő támogatás összege: |  |
| Egyéb forrás (amennyiben igénybe vesz) |  |
| A pénzigény összesen:  |  |

**Kötelező melléklet: költségvetés vagy árajánlat**

Nyíregyháza, 2019.........................

...............................................

aláírásNYILATKOZAT

Alulírott (vállalkozás):………….................................................................................felelős vezetőjeként: ……………………………………………………………………………………………………………….kijelentem, hogy az Egészségügyi Támogató Alap Programban való részvétel jogosultsági feltételeit teljes mértékben megismertem és elfogadtam.

**Vállalkozásomra az alábbi pontok érvényesek:**

* alapellátásra szerződéssel rendelkezik,
* működő háziorvosi praxissal rendelkezik,
* a Nyíregyháza Megyei Jogú Várossal szemben nincs köztartozásom.

**Vállalkozásomra az alábbi pontok NEM érvényesek:**

* csőd-, felszámolási vagy végelszámolási eljárás van ellene folyamatban, és/vagy kiegyenlítetlen lejárt (köz)tartozása van állami-, önkormányzati, vagy egyéb hatóság felé (kivéve, amennyiben az adóhatóság számára fizetési halasztást vagy részletfizetést engedélyezett)
* olyan eljárás van folyamatban ellene, amelyben, vagy amely eredményeként büntetőjogi intézkedésnek lehet helye, illetve amellyel szemben a bíróság büntetőjogi intézkedésként tevékenységének korlátozását rendelte el
* az Európai Bizottságnak valamely támogatás visszafizetésére kötelező határozata van érvényben, továbbá a hitelkérelem benyújtását megelőző három éven belül az államháztartás alrendszereiből, az Európai Unió előcsatlakozási eszközeiből, vagy a strukturális alapokból juttatott valamely támogatással összefüggésben a Hitelszerződésben vállalt kötelezettségét nem teljesítette
* az adott, illetve az azt megelőző két pénzügyi év során a Bizottság 1998/2006/EK rendeletében meghatározott összeghatár felett részesült, illetve részesülne csekély összegű (de minimis) támogatásban.

Hozzájárulok:

* hogy a PRIMOM Alapítvány a Nyíregyházi Megyei Jogú Városnál ellenőrizze az általam megadott adatokat,
* adataimat a program során tárolják és abból az Önkormányzat részére, vagy ellenőrzési jogosultsággal rendelkező szervezet részére megadja.

Egyéb kikötés:

A pályázó tudomásul veszi, hogy PRIMOM Alapítvány a pályázatot az alábbi konjuktív feltételek megléte esetén nyilvánítja nyertesnek az igényelt támogatás a pályázati kiírásban megjelölt célnak megfelel és a támogatás fedezete rendelkezésre áll.

A pályázó tudomásul veszi, hogy amennyiben a támogatási keretösszeg teljes egészében felhasználásra kerül, a pályázat elutasításának van hely, forráshiány miatt.

A pályázó tudomásul veszi, hogy a pályázat elutasításából eredően a PRIMOM Alapítványt felelősség nem terheli, illetve a pályázat elutasításból eredően a PRIMOM Alapítvánnyal szemben semmiféle igényt nem érvényesíthet, illetve arról kifejezetten lemond.

Pályázó tudomásul veszi, hogy a PRIMOM Alapítvány döntése ellen panasznak nincs helye, a döntés nem érintő egyéb esetekkel kapcsolatos panaszok elbírálása az Önkormányzat hatáskörébe tartozik.

………………………………………….

pályázó cégszerű aláírása