**Žádost o poskytnutí finančních prostředků ze státního rozpočtu na realizaci neinvestičních projektů v oblasti protidrogové politiky MZ v roce 2017**

Evidenční číslo

projektu:

(vyplní MZ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Název programu** | | Protidrogová politika Ministerstva zdravotnictví | | |
| **1. Název projektu** | |  | | |
| **2. Název organizace** | |  | | |
| **3. IČ** | |  | | |
| **4. Žadatel:** | | | | |
| Ulice |  | | Č. p. |  |
|  |  | | Č. o. |  |
| Obec |  | | Část obce |  |
| PSČ |  | | Kód obce |  |
| Okres |  | | Kraj |  |
| Telefon |  | | http:// |  |
| E-mail |  | | | |
| Právní forma | | spolek  účelové zařízení církve a náboženské společnosti  obecně prospěšná společnost  příspěvková organizace zřizovaná obcí  příspěvková organizace zřizovaná krajem | | organizace přímo řízená MZ ČR  právnická osoba založená nebo zřízená k poskytování zdravotních, kulturních, vzdělávacích a sociálních služeb a fyzická osoba, která takové služby poskytuje, a to výhradně na tyto účely[[1]](#footnote-1)  organizace jiného zřizovatele  vysoká škola |
| Registrace  (kompletní číselné značení dle typu právní formy vč. data registrace) | |  | | |
| **5. Statutární orgán**  (jméno, příjmení, titul, funkce) | |  | | |
| **6. Kontaktní osoba** odpovědná za zpracování ekonomické části žádosti | |  | | |
| **7. Bankovní spojení**  (uveďte název a adresu pobočky banky a číslo účtu přesně, včetně pomlček) | |  | | |
| **8. Náklady na projekt:** | | | | |
| Celkem náklady (Kč) | |  | | |
| Požadovaná dotace (Kč) | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9. Počet zaměstnanců podílejících se na realizaci projektu:** | | | | | | | | | | |
| Pracovní poměr | |  | | Počet osob |  | | | Přepočteno na plné úvazky | |  |
| **10. Místně příslušný finanční úřad**, vč. adresy jeho sídla | | |  | | | | | | | |
| **11. Charakteristika žadatele** (organizace)  s ohledem na dosavadní zaměření činnosti | | |  | | | | | | | |
| **12. Dotace či pomoc od MZ nebo jiného orgánu veřejné moci, či jiné veřejné instituce získané žadatelem pro předkládaný projekt v předchozích letech:** | | | | | | | | | | |
| Rok | Poskytovatel dotace | | | Dotace/podpora v Kč | | | Datum vzniku nároku na dotaci/podporu | | Podpora de minimis  ano/ne | |
|  |  | | |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | | |  | |  | |
| **13. Územní působnost žadatele** (organizace):  Hl. m. Praha  Středočeský kraj  Jihočeský kraj  Plzeňský kraj  Karlovarský kraj  Ústecký kraj  Liberecký kraj | | | | | | Královéhradecký kraj  Pardubický kraj  Kraj Vysočina  Jihomoravský kraj  Olomoucký kraj  Zlínský kraj  Moravskoslezský kraj  Celostátní | | | | |
| **14. Základní idea a stručný obsah projektu** (max. 4 řádky) | | |  | | | | | | | |
| **15. Statutární orgán**  potvrzuji, že jsem žádost schválil/a a doporučil/a k předložení do dotačního řízení MZ na rok 201\_ a potvrzuji pravdivost uváděných údajů:  podpis a razítko:  datum: | | | | | | | | | | |
| **16.** **Vyjádření krajského protidrogového koordinátora:**  Seznámil jsem se s předkládaným projektem.  K projektu považuji za důležité dodat následující:  Dne: Jméno (čitelně), podpis: | | | | | | | | | | |
| **17. Potvrzení správnosti údajů odpovědným zástupcem kraje/krajského úřadu:**    jméno a příjmení (čitelně):  podpis:  datum: | | | | | | | | | | |

1. §14 odst. 3 písm. e) zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění pozdějších předpisů [↑](#footnote-ref-1)