**Gyöngyös Város Képviselő-testülete Egészségügyi, Szociális és Lakásügyi Bizottsága**

PÁLYÁZATI ADATLAP

EGÉSZSÉGÜGYI TEVÉKENYSÉGEK TÁMOGATÁSÁRA

*A helyi szervezet, intézmény, alapítvány, nemzetiségi önkormányzat, magánszemély részére, valamint azon helyi szervezet, intézmény részére, amelynek bejegyzett országos vagy regionális szervezete Gyöngyös város közigazgatási területén szervezeti egységgel rendelkezik, vagy tevékenységét kizárólag vagy elsősorban Gyöngyös lakossága érdekében végzi.*

A pályázó neve: ….………………………..………………………………………..………………

A pályázó címe, telefonszáma és e-mail címe: ………….……...……..……………………………

………………………………………………………………………………………………………

A pályázó adószáma: ………………………….……..………..……………………………………

A pályázó számlaszáma: …………………………………...………………..….………..…………

A pályázó képviselőjének neve, telefonszáma és e-mail címe: ……….……………………………

………………………………………………………………………………………………………

A pályázatért felelős személy neve, telefonszáma és e-mail címe: ………………………………...

………………………………………………………………………………………………………

A pályázati témakör száma, a pályázat címe: …..…….…………….………………….…………...

A támogatás felhasználásának célja: ………..…………………………………………………..….

A támogatandó program leírása: ……..……………………………………………………………..

……………...…………………………………………………………………………….…………

………………………………………………………………………………………………………

……………………..…………………………………………………………………….…….……

Részletes pénzügyi terv a támogatás felhasználására vonatkozóan: …...…………………………..

……………………………………………………………………………………….……………...

………………………………………………………………………………………….…….……..

A pályázó szervezet előző évi főbb pénzügyi mutatói (bevételei és kiadásai), szakmai tevékenysége: ……………………………………………………………………………………….

……………………...………………………………………………………………….……………

…………………………………………………………………………………………..…….….…

………………………………………………………………......………………………….…….…

**A megvalósítás teljes összege: …………..….…Ft**

- saját forrás:........................…….….……….…..Ft

- más forrásból meglévő fedezet……....………...Ft

**- Igényelt támogatás összege: ………................Ft**

A pályázó szerv, illetve intézmény gyermeklétszáma: ……………………………………...……...

Az előző két évben kapott Képviselő-testületi/bizottsági támogatás összege: ……..………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………..……..

Az előző két évben kapott bizottsági támogatás összegét milyen célok megvalósítására fordította?

.……………………………………………………...………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………........

Az előző két évben más szervezetektől kapott támogatás(ok) összege: ……………………………

………………………………………………………………………………………………………

A pályázó szervezet tagjainak létszáma: …………………………………………………………...

**Kötelező mellékletek:**

1. **A pályázó tevékenységének bemutatása, a pályázat részletes leírása és költségvetése.**
2. **Nyilatkozat az összeférhetetlenség, illetve érintettség fennállásáról vagy hiányáról /2007. évi CLXXXI. évi törvény 6. § (1) bekezdése, 8. § (1) bekezdése alapján/. Ha az érintettség fennáll, közzétételi kérelem az érintettségről. A pályázó a pályázat benyújtásakor, vagy ha az érintettség a pályázat benyújtása után, de a támogatási döntés előtt következik be, az ettől számított 8 munkanapon belül kezdeményezheti az érintettségének közzétételét.**
3. **Nyilatkozat arra vonatkozóan, hogy a korábban kapott önkormányzati támogatással elszámolt.**
4. **Nyilatkozat arra vonatkozóan, hogy a program megvalósításához mekkora önerővel rendelkezik.**
5. **Átláthatósági nyilatkozat.**

**Gyöngyös, ……..év ……………..hó……..nap**

 **….…….……………………………………**

 **Pályázó képviselőjének cégszerű aláírása**