Príloha č. 1

k zákonu č. .../2010 Z. z.

**VZOR**

 **ŽIADOSŤ O POSKYTNUTIE DOTÁCIE NA PROJRKT VÝSKUMU A VÝVOJA V OBLASTI ZDRAVOTNÍCTVA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Poradové číslo** | **Dátum doručenia žiadosti****(miesto pre úradný záznam)** |
| **Názov projektu** |
| **Žiadateľ (názov alebo meno a priezvisko)** |  |
| **Adresa sídla alebo miesto podnikania žiadateľa (ulica, číslo, PSČ, obec)** |  |
| **Právna forma žiadateľa, ak je žiadateľom právnická osoba** |  |
| **IČO** |  |
| **Číslo registrácie** |  |
| **Dátum registrácie /zriadenia** |  |
| **Štatutárny zástupca žiadateľa (meno a priezvisko, funkcia)** |  |
| **Kontaktná osoba****(číslo telefónu, číslo faxu, e-mailová adresa)** |  |
| **Zriaďovateľ/zakladateľ, ak je žiadateľom právnická osoba (názov alebo meno a priezvisko a adresa sídla, miesto podnikania alebo adresa trvalého pobytu)** |  |
| **Bankové spojenie žiadateľa****(číslo účtu v banke alebo pobočke zahraničnej banky)** |  |
| **Celkový rozpočet projektu v eurách** |  |
| **Spolufinancovanie v eurách** |  |
| **Suma požadovanej dotácie v eurách** |  |
| **Dĺžka trvania projektu, predpokladaný začiatok a koniec projektu**  |  |

Vyhlasujem, že údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé, presné a úplné.

Vyhlasujem, že súhlasím so spracovaním a zverejnením osobných údajov podľa zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov, a to týchto údajov: meno a priezvisko/názov žiadateľa, adresa sídla alebo miesto podnikania, IČO.

V ......................................... dňa ...........................

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Odtlačok pečiatky žiadateľa** | **Podpis štatutárneho zástupcu žiadateľa** |
|  |  |  |  |