**Příloha č. 1**

**Žádost o poskytnutí dotace na pořízení dlouhodobého hmotného majetku pro poskytovatele stomatologických služeb ve městě Rychvald z rozpočtu Města Rychvald**

|  |  |
| --- | --- |
| **Požadovaná částka:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Žadatel - fyzická osoba:** |  | | |
| Jméno a příjmení: |  | Datum narození: |  |
| Adresa bydliště: |  | | |
| IČ:  je-li žadatel fyzická osoba podnikající a IČ bylo přiděleno |  | | |
| Kontakt (tel., e-mail): |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Žadatel - právnická osoba** |  |
| Název, popř.obchodní firma  přesný název dle veřejného rejstříku |  |
| Sídlo: |  |
| IČ: |  |
| Kontakt (tel., e-mail): |  |
| Identifikace: |  |
| 1. osob zastupujících právnickou osobu s uvedením právního důvodu zastoupení: | |
|  | |
| 2. osob s podílem v této právnické osobě: | |
|  | |
| 3. osob, v nichž má přímý podíl, a o výši tohoto podílu: | |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bankovní spojení:** | | |
| Číslo účtu: | | Kód banky: |
| Název banky: |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Účel, na který bude dotace použita:** |  |
| **Termín použití dotace:**  (doba, v níž má být dosaženo účelu) |  |
| **Odůvodnění žádosti:** |  |

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ** **ŽADATELE**

1. Prohlašuji, že vůči Městu Rychvald nemám závazky po lhůtě splatnosti,
2. Prohlašuji, že na majetek žadatele nebyl prohlášen konkurz, nebylo zahájeno konkurzní, případně insolvenční řízení nebo reorganizace a návrh na prohlášení konkurzu nebyl zamítnut pro nedostatek majetku dlužníka.
3. Prohlašuji, že uvedené údaje jsou úplné a pravdivé a že nezatajuji žádné okolnosti důležité pro dotační řízení.
4. Prohlašuji, že jsem si vědom povinnosti neprodleně oznámit a doložit odboru investičními a správy majetku MěÚ každou změnu, která je pro splnění smluvního závazku podstatná a souhlasím pro případ, že mi bude poskytnuta Dotace se zveřejněním údajů o poskytnutí Dotace a Smlouvy na úřední desce Poskytovatele v souladu s ust. §10d odst.1 Zákona.

**Datum**: ……….

**Podpis osoby oprávněné za žadatele podepisovat**: **Razítko:**

…………………………………………………..

*(V případě zastoupení na základě plné moci, je nutno doložit tuto plnou moc.)*

**K této žádosti je třeba přiložit:**

právnická osoba

* + kopii dokladu osvědčujícího zápis právnické osoby do veřejného rejstříku **ne starší 3 měsíců**; u právnických osob nezapisovaných do veřejných rejstříků jiný doklad o zakladatelském právním jednání nebo rozhodnutí orgánu veřejné moci, anebo o vzniku na základě zákona, popřípadě o ustavení právnické osoby jiným způsobem, který stanoví jiný právní předpis, z něhož bude vyplývat alespoň název, sídlo právnické osoby, předmět činnosti, jaký má právnická osoba statutární orgán a jak se vytváří;
  + doklad o volbě nebo jmenování statutárního orgánu, nebo statutárního zástupce nebo jeho zástupce, který žádost podepisuje (pouze, nelze-li to zjistit z výpisu z veřejného rejstříku);
  + doklad o registraci nestátního zdravotnického zařízení,
  + kopie **platných smluv** se zdravotními pojišťovnami,
  + doklad o délce praxe stomatologů, kteří budou poskytovat stomatologické služby v Rychvaldě
  + plnou moc v případě zastupování
  + kopii smlouvy o zřízení bankovního účtu (případně aktuální výpis z bank. účtu, potvrzení peněžního ústavu),

fyzická osoba podnikající

* + kopii smlouvy o zřízení bankovního účtu (případně aktuální výpis z bankovního účtu)
  + doklad o délce praxe,
  + doklad o registraci nestátního zdravotnického zařízení,
  + kopie platných smluv se zdravotními pojišťovnami

**Seznam příloh** (vypište níže **všechny** přílohy dokládané k Žádosti)**:**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

**Pozn.: V případě nedostatku místa uveďte všechny požadované údaje na zvláštních přílohách**