

Załącznik nr 2 do Regulaminu udzielania, przekazywania
i rozliczania pomocy finansowej z budżetu Województwa
Mazowieckiego w ramach Samorządowego Instrumentu
Wsparcia Zdrowia Kobiety „Mazowsze dla Zdrowia Kobiety 2023”

Miejscowość data

WNIOSEK

o przyznanie pomocy finansowej z budżetu Województwa Mazowieckiego w ramach Samorządowego Instrumentu Wsparcia Zdrowia Kobiety „Mazowsze dla Zdrowia Kobiety 2023”

I. Dane powiatu/miasta składającego wniosek, które mają być uwzględnione w umowie

1. Nazwa powiatu/miasta na prawach powiatu:
2. Osoba uprawniona do reprezentowania powiatu/miasta na prawach powiatu:
3. Dokładny adres urzędu powiatu/miasta na prawach powiatu (ulica, miejscowość, kod pocztowy):
4. NIP i REGON powiatu/miasta na prawach powiatu:
.....
5. Dane kontaktowe jednostki (telefon, e-mail, adres strony internetowej, adres e-puap):
tel.: e-mail:
strona internetowa:
e-puap:
6. Liczba miejscowości/dzielnic (dotyczy m. st. Warszawa), których dotyczy wniosek (maksymalnie trzy):
7. Nazwy miejscowości/dzielnic (dotyczy m. st. Warszawa), których dotyczy wniosek:
8. Numer rachunku bankowego, na który zostanie przekazana dotacja wraz z nazwą banku:
9. Imię i nazwisko, numer telefonu i adres e-mail koordynatora zadania w powiecie/mieście na prawach powiatu:

tel.: e-mail:

II. Informacje dotyczące realizowanego zadania

1. Nazwa zadania:
2. Opis potrzeb wskazujących na celowość realizacji zadania w tym korzyści wynikające z realizowanego zadania:
3. Liczba i opis odbiorców zadania
4. Szczegółowy opis zadania:
5. Partnerstwo i współdziałanie z innymi podmiotami działającymi w obszarze objętym zadaniem:
TAK ☐ NIE ☐, jeżeli tak to proszę podać liczbę podmiotów:
6. Osobom ze szczególnymi potrzebami zostanie zapewniona dostępność zgodnie z zasadami zawartymi w § 8 Regulaminu ☐ TAK ☐ NIE
7. Wnioskuje o przyznanie z budżetu Województwa Mazowieckiego w 2023 roku dotacji celowej w wysokości: zł, co stanowi% wartości zadania.
8. Wkład własny w kosztach kwalifikowanych: zł, co stanowi% wartości zadania.

9. Szczegółowa kalkulacja kosztów kwalifikowanych zadania:

Nazwa miejscowości:

Rodzaj kosztu		Koszt jednostkowy (w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity zadania (w zł)	Koszt pomocy finansowej Samorządu Województwa Mazowieckiego (w zł)	Koszt ze środków własnych powiatu (w zł)	% UDZIAŁ POMOCY FINANSOWEJ Samorządu Województwa Mazowieckiego w stosunku do kosztu całkowitego zadania (należy odnieść się do ogólnej kwoty pomocy finansowej, a nie tej z danej pozycji)
1							
2							
3							
			Razem				

Nazwa miejscowości:

Rodzaj kosztu		Koszt jednostkowy (w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity zadania (w zł)	Koszt pomocy finansowej Samorządu Województwa Mazowieckiego (w zł)	Koszt ze środków własnych powiatu (w zł)	% UDZIAŁ POMOCY FINANSOWEJ Samorządu Województwa Mazowieckiego w stosunku do kosztu całkowitego zadania (należy odnieść się do ogólnej kwoty pomocy finansowej, a nie tej z danej pozycji)
1							
2							
3							
			Razem				

Nazwa miejscowości:

Rodzaj kosztu	Koszt jednostkowy (w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity zadania (w zł)	Koszt pomocy finansowej Samorządu Województwa Mazowieckiego (w zł)	Koszt ze środków własnych powiatu (w zł)	% UDZIAŁ POMOCY FINANSOWEJ Samorządu Województwa Mazowieckiego w stosunku do kosztu całkowitego zadania (należy odnieść się do ogólnej kwoty pomocy finansowej, a nie tej z danej pozycji)
1						
2						
3						
Razem						

Starosta/Burmistrz/Prezydent/Osoba upoważniona
Podpis elektroniczny zamieszczony

Skarbnik Wnioskodawcy/Osoba upoważniona
Podpis elektroniczny zamieszczony

w sposób widoczny na dokumencie

w sposób widoczny na dokumencie

Uwaga: W przypadku podpisu przez osobę upoważnioną, wymagane jest dołączenie stosownego upoważnienia do podpisania wniosku w ramach zadania „Mazowsze dla Zdrowia Kobiety 2023”.

DEKLARACJE I OŚWIADCZENIA

Oświadczamy, że:

- 1) wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
- 2) składając wniosek na realizację Zadania w ramach Samorządowego Instrumentu Wsparcia Zdrowia Kobiety „Mazowsze dla Zdrowia Kobiety 2023”, zobowiązujemy się do pokrycia z własnych środków wymaganego wkładu własnego zgodnie z warunkami Zadania, określonymi w Regulaminie;
- 3) zadanie zostanie zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy o zdrowiu publicznym, oraz ustawy pzp;
- 4) świadczenia realizowane w ramach Zadania (jeśli dotyczy):
 - a. nie będą sfinansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia lub innych środków publicznych;
 - b. nie będą realizowane w ramach programu polityki zdrowotnej;
 - c. będą realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi.
- 5) Zadanie zostanie zrealizowane zgodnie z wytycznymi zawartymi w Regulaminie do niniejszego zadania.

.....
Starosta/Burmistrz/Prezydent/Osoba upoważniona
Podpis elektroniczny zamieszczony

w sposób widoczny na dokumencie

.....
Skarbnik Wnioskodawcy/Osoba upoważniona
Podpis elektroniczny zamieszczony

w sposób widoczny na dokumencie

KALUZULA INFORMACYJNA

1. Uprzejmie informujemy, że administratorem danych osobowych osób reprezentujących Wnioskodawcę oraz osób wskazanych przez Wnioskodawcę do kontaktu/koordynatora zadania jest Województwo Mazowieckie, którego dane kontaktowe to:
Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie
ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa
tel. (22) 59-79-100, email: urząd_marszalkowski@mazovia.pl, ePUAP: /umwm/SkrytkaESP.
Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: iod@mazovia.pl.
2. Dane osobowe:
 - 1) osób reprezentujących Wnioskodawcę będą przetwarzane na podstawie obowiązku prawnego, o którym mowa w art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), wynikającego z przepisów prawa określających umocowanie do reprezentowania – w zakresie ważności umów i właściwej reprezentacji stron. Podanie tych danych jest warunkiem zawarcia umowy lub ważności podejmowanych czynności;
 - 2) osób wskazanych przez Wnioskodawcę do kontaktu i koordynacji Zadania (imię i nazwisko, służbowe dane kontaktowe, miejsce pracy) będą przetwarzane w prawnie uzasadnionym interesie, o którym mowa w art. 6 ust. 1 lit. f rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), w celu zawarcia i realizacji umowy oraz rozliczenia końcowego z zawartej umowy;
 - 3) mogą zostać udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom świadczącym obsługę administracyjno-organizacyjną Urzędu Marszałkowego Województwa Mazowieckiego w Warszawie;
 - 4) będą przechowywane nie dłużej niż to wynika z przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
3. W granicach i na zasadach opisanych w przepisach prawa, osobom, o których mowa w ust. 2 pkt 1 i 2, przysługuje prawo żądania: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania, jak również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa. Ponadto osobom, wskazanym przez Wnioskodawcę jako osoby do kontaktu i koordynacji Zadania, przysługuje również prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, wynikającego ze szczególnej sytuacji.
4. Wnioskodawca jest zobowiązany do przekazania zapisów niniejszej klauzuli wszystkim osobom fizycznym wymienionym w ust. 1 i 2.