*Załącznik Nr 1*

*do Regulaminu powierzania grantów w ramach projektu
„Pomorscy medycy – bezpieczni w pracy, bezpieczni dla pacjentów”*

**WNIOSEK O POWIERZENIE GRANTU**

**w ramach projektu**

**„Pomorscy medycy – bezpieczni w pracy, bezpieczni dla pacjentów”**

|  |
| --- |
| *Wypełnia* Grantodawca*: Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego* |
| Nr wniosku |  |
| Data wpływu wniosku |  |
| Godzina wpływu wniosku |  |

**I. DANE WIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| NIP |  |
| KRS (o ile dotyczy) |  |
| **Siedziba:** |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku  |  |
| Nr lokalu |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| **Kontakt:** |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |

**II. IDENTYFIKACJA WNIOSKODAWCY**

|  |
| --- |
| Moduły: |
|  | **Moduł I**Podmioty lecznicze spełniające łącznie następujące warunki:1. posiadają aktualną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie leczenie szpitalne,
2. utworzyły łózka szpitalne dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 zgodnie z decyzją Wojewody Pomorskiego lub Ministra Zdrowia dla poziomu I,II,III,IV w związku przeciwdziałaniem COVID-19.
 |
|  | **Moduł II**Zespoły ratownictwa medycznego spełniające łącznie następujące warunki:1. działające w państwowym systemie ratownictwa medycznego dla województwa pomorskiego,
2. posiadają aktualną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenie opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne zespołami typu „S”, „P” i „N”.
 |
|  | **Moduł III**Podmioty lecznicze (w tym stowarzyszenia, fundacje, przedsiębiorcy) udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej i leczenia uzależnień w warunkach stacjonarnych i posiadają aktualną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. |

**III. UPRAWNIENIA WNIOSKODAWCY GRANTU**

**INFORMACJE OKREŚLAJĄCE ZASOBY WNIOSKODAWCY**

 **(PODSTAWA DO OKREŚLENIA MAKSYMALNEJ KWOTY GRANTU)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba pracowników (osoby) Wnioskodawcy** |  |
|  | **Liczba** | **Kwota** | **Razem w zł** |
| **Moduł I****- liczba łóżek** |  | **10 000 zł** |  |
| **Moduł II****- liczba zespołów ratownictwa** |  | **40 000 zł** |  |
| **Moduł III****- liczba łóżek** |  | **1 200 zł** |  |
| **Razem** |  |
| 1. **CEL, NA JAKI PLANOWANE JEST WYKORZYSTANIE GRANTU**
 |
|  |
| 1. **OPIS DZIAŁAŃ, KTÓRE BĘDĄ REALIZOWANE PRZEZ WNIOSKODAWCĘ**

(należy opisać zakres planowanych do realizacji zadań oraz wykazać ich zgodność z Regulaminem powierzania grantów) |
|  |
| **W tym: ZAKŁADANE REZULTATY** (liczba pracowników objętych wsparciem, w podziale na kobiety i mężczyzn) |
|  |
| **3. OBSZAR REALIZACJI DZIAŁAŃ** |
|  |
| **4. TERMIN REALIZACJI**  |
| **Od dd-mm-rrrr do dd-mm-rrrr** |
| **5. Plan finansowy** |
| **Kwota wnioskowana** | 0,00 |
| **w tym:** |
| **Moduł I** | 0,00 |
| **Moduł II** | 0,00 |
| **Moduł III** | 0,00 |
| **Wkład własny** | 0,00 |
| **FORMA WPROWADZONEGO WKŁADU WŁASNEGO****Opis wkładu własnego i metodologia jego wyliczenia** |
|  |
| **6. PLANOWANA KWOTA POMOCY - ZAKRES RZECZOWO-FINANSOWY** |
| **LP.** | **RODZAJ KOSZTU** | **Liczba sztuk** | **Wartość****PLN** | **Środek trwały****Tak/Nie** |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: SPRZĘT MEDYCZNY** |
| 1. | Defibrylator z wyposażeniem |  |  |  |
| 2. | Wyroby medyczne jednorazowego użytku, w szczególności gogle, maseczki, rękawiczki, kombinezony, przyłbice, chusteczki, spraye, fartuchy chirurgiczne wodoodporne, maski chirurgiczne, czepki, maski panoramiczne, filtry do masek panoramicznych |  |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: DEZYNFEKCJA** |
| 1. | Aparat do dekontaminacji pomieszczeń |  |  |  |
| 2. | Dozowniki do dezynfekcji |  |  |  |
| 3. | Komora izolacyjna |  |  |  |
| 4. | Kurtyny izolacyjne oraz kurtyny podciśnieniowe |  |  |  |
| 5. | Lampa bakteriobójcza |  |  |  |
| 6. | Mobilna komora dekontaminacyjna |  |  |  |
| 7. | Myjnie dezynfekcyjne, przelotowe i nieprzelotowe |  |  |  |
| 8. | Myjnie, np. do sprzętu i narzędzi, wózków |  |  |  |
| 9. | Pojemniki i worki na odpady |  |  |  |
| 10. | Samobieżne maszyny czyszczące do powierzchni (szpitalnych) |  |  |  |
| 11. | Sprężarka do sprężonego powietrza medycznego z osuszaniem |  |  |  |
| 12. | Sprzęt do dezynfekcji powierzchni, m.in. przez suchą mgłę |  |  |  |
| 13. | Sterylizatory parowe przelotowe |  |  |  |
| 14.  | Środki do dezynfekcji |  |  |  |
| 15. | Urządzenia do końcowej dekontaminacji pomieszczeń nadtlenkiem wodoru |  |  |  |
| 16. | Zamgławiacze |  |  |  |
| **KATEGORIA KOSZTÓW: WYPOSAŻENIE OBIEKTOWE I BUDOWLANE** |
| 1. | Agregaty |  |  |  |
| 2. | Bezdotykowe śluzy operacyjne i drzwi |  |  |  |
| 3. | Instalacje tlenowe, powietrzne, próżniowe |  |  |  |
| 4. | Instalacje wentylacyjne z filtrami HEPA |  |  |  |
| 5. | Konsole pielęgniarskie i szyby izolacyjne konsoli pielęgniarskich |  |  |  |
| 6. | Listwy i urządzenia montażowe wokół stanowisk intensywnej terapii |  |  |  |
| 7. | Nagrzewnice |  |  |  |
| 8. | Sloty gazów medycznych |  |  |  |
| 9. | Sprężarki śrubowe medyczne |  |  |  |
| 10. | Transportowe komory izolacyjne |  |  |  |
| 11. | Umywalki medyczne i armatura medyczna |  |  |  |
| 12. | Wyciąg gazów anestetycznych |  |  |  |
| 13. | Zbiorniki tlenowe skraplacze zewnętrzne do instalacji tlenowej |  |  |  |
| **KOSZTY OGÓŁEM:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ŁĄCZA KWOTA WNIOSKOWANEGO WSPARCIA:** |  |
| **W tym zakupy powyżej 10.000 zł ceny jednostkowej nabycia (środki trwałe):** |  |

**Oświadczenia Wnioskodawcy:**

1. Oświadczam/-y, że dobrowolnie deklaruję uczestnictwo w projekcie „Pomorscy medycy – bezpieczni w pracy, bezpieczni dla pacjentów”, którego beneficjentem jest Województwo Pomorskie.
2. Oświadczam/-y, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
3. Oświadczam/-y, że grant będzie wykorzystany wyłącznie na świadczenia objęte umową z Narodowym Funduszem Zdrowia.
4. Oświadczam/-y, że reprezentowany podmiot nie podlega wykluczeniu z ubiegania się o dofinansowanie na podstawie art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, z zastrzeżeniem art. 207 ust. 7 tej Ustawy.
5. Oświadczam/-y, że reprezentowany podmiot nie zalega z opłaceniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne.
6. Oświadczam/-y, że reprezentowany podmiot nie zalega z opłacaniem podatków.
7. Oświadczam/-y, że żadna z osób zarządzających reprezentowanym podmiotem nie była prawomocnie skazana za przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego.
8. Oświadczam/-y, że jestem/-śmy gotowy/-i do wniesienia zabezpieczenia prawidłowej realizacji umowy o udzielenie Grantu (o ile dotyczy).
9. Oświadczam/-y, że jestem/-śmy uprawniony/-eni do reprezentowania Wnioskodawcy.

|  |
| --- |
| Data wypełnienia wniosku: |
| Pieczęć i podpis osób uprawnionych do reprezentowania Podmiotu |

**Załączniki:**

* + - 1. Aktualny odpis z rejestru lub odpowiedniego wyciągu z ewidencji lub inne dokumenty potwierdzające status prawny Grantobiorcy.
			2. Pełnomocnictwo do reprezentowania Podmiotu – o ile dotyczy.
			3. Inne ……………………………………………………………………………………………