*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 ……………………………………………………………………………………………