**Žádost o poskytnutí dotace z dotačního programu „Podpora stomatologických služeb ve městě Žďár nad Sázavou 2025“**

v souladu se zákonem č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, v platném znění

|  |  |
| --- | --- |
| **Žadatel:** |  |
| **Fyzická osoba** |  |
| Jméno, příjmení, titul: |  |
| Adresa: |  |
| Datum narození: |  |
| e-mail: |  |
| Číslo bankovního účtu: |  |
| **Fyzická osoba podnikající**  |  |
| Název:  |  |
| Adresa bydliště: |  |
| IČ: |  |
| DIČ: |  |
| e-mail: |  |
| Číslo bankovního účtu: |  |
| **Právnická osoba** |  |
| Název: |  |
| Sídlo: |  |
| Identifikace osob zastupující právnickou osobu s uvedením právního důvodu zastoupení: |  |
| Identifikace osob s podílem v této právnické osobě a o výši tohoto podílu: |  |
| Identifikace osob, v nichž má přímý podíl, a o výši tohoto podílu: |  |
| IČ: |  |
| DIČ: |  |
| e-mail:tel.: |  |
| Číslo bankovního účtu: |  |
|  |
| **Požadovaná** **částka** (max. 70% celkových nákladů)**:** |  |
| **Výše spoluúčasti na projektu** (min. 30% celkových nákladů)**:** |  |
|  |
| **Účel použití požadované** **dotace:** |  |
| **Doba, v níž má být dosaženo účelu:** |  |
|  |
| **Odůvodnění žádosti:** |  |
|  |
| **Seznam příloh žádosti:** |  |
|  |
| **Den vyhotovení žádosti:** |  |
|  |
| **Čestně prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé a že jsem se seznámil s informacemi o zpracování osobních údajů žadatelů o dotaci, které jsou umístěny na webových stránkách města Žďár nad Sázavou v sekci „Dotační programy“.****Čestně prohlašuji, že jsem se seznámil se všemi podmínkami uvedenými ve výzvě dotačního programu „Podpora stomatologických služeb ve městě Žďár nad Sázavou 2025“** |
| **Razítko a podpis žadatele, popř. osoby zastupující žadatele:** |  |
|  |
| **Žádost byla projednána dne:** |  |
| **Městem byla schválena dotace ve výši:** |  |
| **Uvedení důvodu nevyhovění žádosti o poskytnutí dotace:** |  |