## Załącznik nr 1

## do *Regulaminu udzielania wsparcia finansowego w ramach projektu grantowego „Małopolska Tarcza Antykryzysowa. Pakiet Medyczny 3 – Wsparcie grantowe placówek POZ”*

**Wniosek o grant**

**w projekcie „Małopolska Tarcza Antykryzysowa.**

**Pakiet Medyczny 3 – Wsparcie grantowe placówek POZ”**

|  |
| --- |
| *Wypełnia Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego w Krakowie* |
| Nr wniosku |  |
| Data wpływu wniosku |  | Godzina wpływu wniosku |  |

**A.1 Dane wnioskodawcy (dane podmiotu prowadzącego placówkę/placówki POZ)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nazwa wnioskodawcy (zgodnie z dokumentem rejestrowym) |  |
| 2. Typ wnioskodawcy (należy wskazać czy wnioskodawca jest podmiotem publicznym czy prywatnym) |  |
| 3. Forma prawna |  |
| 5. NIP |  | 6. REGON |  |
| 7. KRS |  | 8. KOD ŚWIADCZENIODAWCY (zgodnie z kontraktem z NFZ) |  |
| 9. Osoba upoważniona do reprezentowania Podmiotu i jej funkcja:*\*Wskaż osobę/by uprawnioną/e do podpisywania umów i zaciągania zobowiązań w imieniu podmiotu* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 10. Osoba do kontaktu roboczego w sprawie wniosku |  |
| 11. Nr telefonu |  | 12. Adres poczty elektronicznej |  |

**A.2 Adres siedziby (zgodny z dokumentem rejestrowym)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. województwo |  | 2. powiat |  |
| 3. gmina |  | 4. miejscowość |  |
| 5. kod pocztowy |  | 6. ulica |  |
| 7. Numer budynku |  | 8. Nr lokalu |  |
| 9. Nr telefonu |  | 10. Adres poczty elektronicznej |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cel grantu** | Ochrona zdrowia, zachowanie życia i poprawa bezpieczeństwa personelu medycznego, pracowników i pacjentów placówki/placówek POZ - ………………………………… (*należy wpisać nazwę placówki)* w związku z zagrożeniem i skutkami COVID-19 poprzez …………………………………..… (należy *(należy uszczegółowić wpisując jakiego rodzaju działania zostaną zrealizowane):**Uwaga, zakres przedmiotowy projektu obejmuje:*1) Doposażenie Placówek POZ oraz personelu medycznego: lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ oraz pozostałych pracowników tych jednostek, w środki ochrony indywidualnej niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych w trakcie pandemii pozwalające na ochronę zdrowia, zachowanie życia i zwiększenie bezpieczeństwa personelu placówki POZ oraz przeciwdziałania negatywnym skutkom epidemii COVID-19, wymienione w § 3 punkt 2 niniejszego regulaminu,2) Doposażenie placówek w środki do dezynfekcji sprzętu i pomieszczeń oraz urządzenia dezynfekujące niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych w trakcie pandemii pozwalające na ochronę zdrowia, zachowanie życia oraz zwiększenie bezpieczeństwa personelu medycznego placówki POZ oraz przeciwdziałania negatywnym skutkom epidemii COVID-19 wymienione w § 3 punkt 2 niniejszego regulaminu.3) Doposażenie placówek POZ w sprzęt medyczny i wyposażenie niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych w trakcie pandemii pozwalające na ochronę zdrowia, zachowanie życia oraz zwiększenie bezpieczeństwa personelu placówki POZ oraz przeciwdziałania negatywnym skutkom epidemii COVID-19. |
| **Okres realizacji grantu** (okres realizacji nie może przekroczyć daty 31.10.2022 r.) | oddd-mm-rrrr |  | dodd-mm-rrrr |  |

**A.3 Dane placówki POZ, której dotyczy wniosek o powierzenie grantu[[1]](#footnote-2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa placówki POZ |  |
| Zakresy udzielanych świadczeń | Lekarz POZ – TAK/NIE (należy wybrać właściwą odpowiedź)Pielęgniarka POZ – TAK/NIE (należy wybrać właściwą odpowiedź)Położna POZ – TAK/NIE (należy wybrać właściwą odpowiedź) |
| Adres placówki |
| 1. województwo |  | 2. powiat |  |
| 3. gmina |  | 4. miejscowość |  |
| 5. kod pocztowy |  | 6. ulica |  |
| 7. Numer budynku |  | 8. Nr lokalu |  |
| 9. Nr telefonu |  | 10. Adres poczty elektronicznej |  |

**B.1 Opis grupy docelowej (uczestników projektu grantowego)**

|  |
| --- |
| 1. Informacje o placówce/kach prowadzonych przez Wnioskodawcę na terenie województwa małopolskiego, pracownikach - w tym w szczególności o personelu medycznym (należy podać liczbę zatrudnionych w placówce/kach lekarzy POZ, i/lub pielęgniarek POZ, i/lub położnych POZ) oraz liczbę deklaracji świadczeniobiorców przypadających na dany zakres świadczeń zweryfikowanych i potwierdzonych przez MOW NFZ wg stanu na dzień 31.01.2022 r. (należy podać ilość deklaracji przypadających na lekarza/y, pielęgniarkę/i i położną/e – jeśli dotyczy). |
| Liczba wszystkich prowadzonych przez Wnioskodawcę (podmiot leczniczy) placówek POZ planowanych do objęcia wsparciem w ramach grantu, udzielających świadczeń w zakresie minimum „lekarza POZ”, i/lub pielęgniarki POZ, i/lub położnej POZ) |  |
| Liczba lekarzy POZ  |  | Liczba deklaracji zweryfikowanych i potwierdzonych przez MOW NFZ wg stanu na dzień 31.01.2022 r. |  |
| Liczba pielęgniarek POZ |  | Liczba deklaracji zweryfikowanych i potwierdzonych przez MOW NFZ wg stanu na dzień 31.01.2022 r.  |  |
| Liczba położnych POZ |  | Liczba deklaracji zweryfikowanych i potwierdzonych przez MOW NFZ wg stanu na dzień 31.01.2022 r. |  |
|  Suma deklaracji zweryfikowanych i potwierdzonych przez MOW NFZ wg stanu na dzień 31.01.2022 r.  |  |

**B.2 Uzasadnienie potrzeby realizacji Grantu**

|  |
| --- |
|  |

**C. Zakres rzeczowo-finansowy grantu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie** | **Opis działań planowanych do realizacji (uwzględniający przede wszystkim wykaz planowanego do zakupu ze środków grantu asortymentu wraz z ceną)[[2]](#footnote-3)** | **Termin realizacji****(mm-rrrr)** | **Koszt w zł****(suma planowanych wydatków w ramach zadania grantowego)** |
| 1. Doposażenie stanowisk pracy personelu medycznego: lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ oraz pozostałych pracowników placówki POZ, w środki ochrony indywidualnej niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych w trakcie pandemii pozwalające na ochronę zdrowia, zachowanie życia oraz zwiększenie bezpieczeństwa personelu placówki POZ oraz przeciwdziałania negatywnym skutkom epidemii COVID-19  |  |  |  zł |
| 2. Doposażenie placówek w środki do dezynfekcji sprzętu i pomieszczeń niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych w trakcie pandemii pozwalające na ochronę zdrowia, zachowanie życia oraz zwiększenie bezpieczeństwa personelu placówki POZ oraz przeciwdziałania negatywnym skutkom epidemii COVID-19 |  |  |   zł |
| 3. Doposażenie placówek POZ w sprzęt i wyposażenie niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych w trakcie pandemii pozwalające na zwiększenie bezpieczeństwa personelu placówki POZ oraz przeciwdziałania negatywnym skutkom epidemii COVID-19  |  |  |  zł |
| **RAZEM[[3]](#footnote-4)** | **zł** |

**D. Planowane efekty**

|  |
| --- |
|  |

**E. Wskaźniki realizacji celu zadania**

**Wskaźnik 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa wskaźnika** | **Kobiet** | **Mężczyzn**  | **Ogółem**  |
| Liczba osób objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19\* |  |  |  |

*\*Należy uwzględnić liczbę personelu medycznego tj. liczbę lekarzy POZ, i/lub pielęgniarek POZ, i/lub położnych POZ zatrudnionych w Placówkach POZ objętych wsparciem w ramach grantu*

**Wskaźnik 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa wskaźnika** | **Wartość wydatków** |
| Wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19\*\* |  |

***\*\*****Należy wskazać wartość zadania*

**F. Kwota grantu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I.1** | **Wnioskowana kwota grantu w zł**Należy obliczyć wg wzoru:**suma deklaracji** lekarza POZ, pielęgniarki POZ oraz położnej POZ zadeklarowanych w danej placówce/placówkach POZ, prowadzonych przez Grantobiorcę **x 2,00 zł** *(co stanowi 85% wartości całego zadania grantowego)* | **zł** |
| **I.2** | **Wkład własny Grantobiorcy** Należy obliczyć wg wzoru:**kwota grantu x 15% / 85%** *(co stanowi 15% wartości całego zadania grantowego)*  | **zł** |
| **II.** | **Łączna wartość zadania grantowego (I.1+ I.2)** | **zł** |

**G.** **Wykaz załączników**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Faktura wystawiona do NFZ za miesiąc styczeń 2022 r. dotycząca świadczeń z zakresu Lekarza POZ/Pielęgniarki POZ/Położnej POZ | Załącznik obligatoryjny |
| 2. | KRS *(jeżeli dotyczy)* |  |
| 3. | *inne jeżeli dotyczy* |  |

**Oświadczenia Grantobiorcy**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Oświadczam, że jestem uprawniony/-a do reprezentowania wnioskodawcy w zakresie objętym niniejszym wnioskiem i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych |
| 2. | Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku, oświadczeniach oraz dołączonych jako załączniki dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym |
| 3. | Oświadczam, że jest mi znana odpowiedzialność karna za przedłożenie fałszywych lub stwierdzających nieprawdę dokumentów albo nierzetelnego oświadczenia dotyczącego okoliczności mających istotne znaczenie dla uzyskania dofinansowania w ramach niniejszego konkursu wynikająca z art. 286 oraz z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku - Kodeks karny (tj.: Dz.U. z 2021 r. poz. 2345 z późn. zm.)  |
| 4. | Oświadczam, iż zapoznałem(-am) się z Regulaminem realizacji projektu grantowego „Małopolska Tarcza Antykryzysowa. Pakiet Medyczny 3 – Wsparcie grantowe placówek POZ” i akceptuję postanowienia w nim zawarte. |
| 5. | Oświadczam, że zapoznałem(-am) się ze wzorem Umowy o powierzenie Grantu oraz przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku podpisania umowy o powierzenie Grantu wydatki będą podlegały dofinansowaniu na zasadach w niej określonych. |
| 6. | Oświadczam, że szacunkowa wartość wydatków została skalkulowana w oparciu o stawki rynkowe dla poszczególnych kategorii wydatków określonych w paragrafie nr 3 punkt 2 Regulaminu. |
| 7. | Oświadczam, że dane osobowe zawarte w niniejszym wniosku przetwarzam w sposób zgodny z Rozporządzeniem 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 z późn. zm.).  |
| 8. | Oświadczam, że Wnioskodawca przekazał w imieniu Administratorów w rozumieniu art. 4 pkt 7) RODO, klauzulę informacyjną, o której mowa w art. 13 RODO, zgodnie ze wzorem określonym we wniosku o Grant, wszystkim osobom, których dane osobowe są przetwarzane we Wniosku o Grant, a w przypadku, o którym mowa w § 16 ust. 10 również osobom, których dane przetwarzane są w „Formularzu informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis”.  |
| 9. | Oświadczam, że w zakresie niniejszego grantu nie dojdzie do podwójnego finansowania wydatków, tj. dofinansowanie otrzymane w formie grantu nie zostanie przeznaczone na:a) całkowite lub częściowe, zrefundowanie lub rozliczenie tego samego wydatku dwukrotnie ze środków publicznych krajowych bądź europejskich,b) zapłacenie podatków, w tym podatku VAT lub innej opłaty w sytuacji kiedy istnieje prawna możliwość ich odzyskania. |
| 10. | Oświadczam, że podczas realizacji zadań określonych we wniosku o przyznanie wsparcia grantowego wszelkie wydatki będą ponoszone zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa krajowego oraz unijnego w przedmiotowym zakresie. |
| 11. | Wyrażam zgodę na udostępnienie niniejszego wniosku innym uprawnionym instytucjom oraz osobom dokonującym ewaluacji i oceny oraz wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych mających na celu ocenę Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020. |
| 12. | Wyrażam zgodę na doręczanie pism za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres email wskazany w pkt A1 lub A2 wniosku. |
| 13. | Oświadczam, że nie zostałem wykluczony z możliwości otrzymania dofinansowania na podstawie art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 305 z późn. zm.). |
| 14. | Oświadczam, że nie zostałem wykluczony z możliwości otrzymania dofinansowania na podstawie art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dn. 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. |
| 15. | Oświadczam, że nie zostałem wykluczony z możliwości otrzymania dofinansowania na podstawie art. 9 ust. 1 pkt 2a ustawy z dn. 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary. |
| 16. | Oświadczam, że nie zalegam z płatnościami podatków i składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne. |
| 17. | Oświadczam, że będę przechowywał/-a w swojej siedzibie dokumentację dotyczącą wniosku o grant przez okres wskazany w Umowie o powierzenie Grantu . |
| 18. | Oświadczam, że przed zawarciem umowy o powierzenie Grantu, poinformuję pisemnie Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego w Krakowie o wszelkich zmianach w oświadczeniach i dokumentacji powstałych w okresie pomiędzy złożeniem Wniosku a podpisaniem Umowy. |
| 19. | Oświadczam, że Wnioskodawca/Grantobiorca prowadzi działalność finansowaną wyłącznie ze środków NFZ, a w przypadku prowadzenia działalności finansowanej zarówno ze środków NFZ jak i udzielania świadczeń zdrowotnych na zasadach komercyjnych Wnioskodawca/Grantobiorca spełnia warunki określone w **Zawiadomieniu Komisji Europejskiej w sprawie pojęcia pomocy państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej 2016/C 262/01 z dnia 19.07.2016)** mówiące, że: *w przypadku infrastruktury podwójnego wykorzystania (tj. użytkowanej zarówno do prowadzenia działalności gospodarczej, jak i niegospodarczej), finansowanie takiej infrastruktury nie stanowi pomocy państwa pod warunkiem, że użytkowanie do celów działalności gospodarczej ma charakter czysto pomocniczy, tj. działalności bezpośrednio powiązanej z eksploatacją infrastruktury, koniecznej do eksploatacji infrastruktury lub nieodłącznie związane z podstawowym wykorzystaniem o charakterze niegospodarczym. Uznaje się, że taka sytuacja ma miejsce, gdy działalność gospodarcza pochłania takie same nakłady jak podstawowa działalność o charakterze niegospodarczym, takie jak materiały, sprzęt, siła robocza lub aktywa trwałe. Działalność gospodarcza o charakterze pomocniczym musi mieć ograniczony zakres, w odniesieniu do wydajności infrastruktury – w tym względzie użytkowanie infrastruktury do celów gospodarczych można uznać za działalność pomocniczą, jeżeli wydajność przydzielania co roku na taką działalność nie przekracza 20% całkowitej rocznej wydajności infrastruktury (liczonej np. względem czasu, w jakim podmiot leczniczy udziela świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach komercyjnych lub względem liczby świadczeń opieki zdrowotnej świadczonych na zasadach komercyjnych)* i w konsekwencji środki grantu powierzone Wnioskodawcy/Grantobiorcy nie stanowią pomocy państwa, o której mowa w niniejszym ***Zawiadomieniu***. |
| 20. | Oświadczam, że w przypadku gdy Wnioskodawca/Grantobiorca nie spełnia warunków określonych w **Zawiadomieniu Komisji Europejskiej w sprawie pojęcia pomocy państwa w rozumieniu art. 107 ust. 1 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej 2016/C 262/01 z dnia 19.07.2016),** a tym samym **środki grantu w całości lub części będą stanowiły pomoc de minimis,** otrzymana dotychczas pomoc (w formie dotacji bezpośrednich, zaliczek zwrotnych, korzyści podatkowych i korzystnych warunków płatności, gwarancji, pożyczek lub kapitał własny) **kumulatywnie** w oparciu o Komunikat Komisji Europejskiej: Tymczasowe ramy środków pomocy państwa w celu wsparcia gospodarki w kontekście trwającej epidemii COVID-19 (2020/C 91 I/01) (Dz.Urz.UE.C nr 91I str. 1) ze zmianami wprowadzonym Komunikatem Komisji Europejskiej: Zmiany w tymczasowych ramach środków pomocy państwa w celu wsparcia gospodarki w kontekście trwającej epidemii COVID-19 (2020/C 112 I/01) (Dz.Urz.UE.C 2020 Nr 112I, str. 1) nie przekracza na jedno przedsiębiorstwo:a) 100 000 EUR brutto – w przypadku przedsiębiorstwa prowadzącego działalność w sektorze produkcji podstawowej produktów rolnych;b) 120 000 EUR brutto – w przypadku przedsiębiorstwa prowadzącego działalność w sektorze rybołówstwa i akwakultury;c) 800 000 EUR brutto – w przypadku przedsiębiorstwa:- prowadzącego działalność w sektorze innym niż produkcja podstawowa produktów rolnych oraz sektor rybołówstwa i akwakultury;- prowadzącego działalność w sektorze produkcji podstawowej produktów rolnych lub działalność w sektorze rybołówstwa i akwakultury oraz jednocześnie działalność w innym sektorze, pod warunkiem, że zapewnia rozdzielność gospodarczą pomiędzy działalnością w ramach poszczególnych sektorów. |
| ……………………………………………………… …………………………………………………………Miejscowość i data Podpis osób upoważnionych |

## KLAZULA INFORMACYJNA

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Małopolska Tarcza Antykryzysowa. Pakiet Medyczny 3 – Wsparcie grantowe placówek POZ” nr **RPMP.09.02.01-12-0001/22** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków,
2. administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru danych „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa,
3. przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
	1. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
	2. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
	3. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
	4. rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;
4. moje dane osobowe w zakresie wskazanym w pkt. 1 oraz pkt. 2 będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Małopolska Tarcza Antykryzysowa. Pakiet Medyczny 3 – Wsparcie grantowe placówek POZ”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WM);
5. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości ul. Jasnogórska 11, 31-358 Kraków, beneficjentowi realizującemu projekt – Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego w Krakowie ul. Basztowa 22, 31-156 Kraków oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego[[4]](#footnote-5), Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyty w ramach RPO WM;
6. moje dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji i rozliczenia projektu i zamknięcie i rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego, w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później[[5]](#footnote-6);
7. podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
8. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, ograniczenia przetwarzania, zgodnie z art. 15, 16, 18 RODO;
9. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie jego danych osobowych narusza przepisy RODO;
10. moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
11. moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane
12. mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych

1) wyznaczonym przez ADO wskazanym w pkt 1, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: Inspektora Ochrony Danych Osobowych UMWM adres mail lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych UMWM, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego ul. Racławicka 56, 30-017 Kraków;

2) wyznaczonym przez ADO wskazanym w pkt 2, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: Inspektora Ochrony Danych Osobowych ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego: iod@mfipr.gov.pl;

3) działającym w ramach Instytucji Pośredniczącej, wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: Inspektora Ochrony Danych Osobowych Małopolskiego Centrum Przedsiębiorczości: dane\_osobowe@mcp.malopolska.pl lub pisemnie na adres: Inspektor Ochrony Danych MCP, Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości, ul. Jasnogórska 11, 31-358 Kraków.

…..……………………… ……………… ……………………………………………

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ OŚWIADCZENIE*

…………………………………………………… ………………………………………………………………………..

Miejscowość i data Podpisy osób upoważnionych do złożenia Wniosku o Grant

1. Uwaga: W przypadku kiedy Wnioskodawca prowadzi więcej niż jedną placówkę POZ, należy uzupełnić punkt A.3 poprzez wpisanie danych wszystkich placówek, których dotyczy Wniosek o grant. [↑](#footnote-ref-2)
2. Katalog zakupów możliwych do realizacji ze środków grantu został określony w Załączniku nr 2 do *Regulaminu udzielania wsparcia finansowego w ramach projektu grantowego „Małopolska Tarcza Antykryzysowa - Pakiet Medyczny 3. Wsparcie grantowe placówek POZ”.*  [↑](#footnote-ref-3)
3. Wartość wydatków planowanych w ramach zadania powinna być równa wartości zadania grantowego wskazanej w tabeli *F. Kwota grantu* w wierszu *II. Łączna wartość zadania grantowego (I.1+ I.2)* [↑](#footnote-ref-4)
4. Powierzający oznacza IZ RPO WM 2014 – 2020 lub minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. [↑](#footnote-ref-5)
5. Należy dostosować zapisy pod kątem danego typu projektu (m. in. decyduje tutaj kwestia pomocy publicznej, rozliczania VAT,

mechanizmów odzyskiwania, archiwizacji itp.) [↑](#footnote-ref-6)