Załącznik Nr 1 do **Regulaminu przygotowywania wniosków i realizacji projektów finansowanych  
lub współfinansowanych ze środków krajowych lub zagranicznych niepodlegających zwrotowi.**

**Zgłoszenie projektu nr**

* projekt finansowany ze środków krajowych \*
* projekt finansowany ze środków zagranicznych \*

\* niewłaściwe skreślić

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Tytuł projektu lub nazwa inwestycji (aparaturowej lub budowlanej) |  |
| 2 | Nazwa programu/ priorytetu/ działania/ konkursu |  |
| 3 | Termin składania wniosków |  |
| 4 | Udział Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w projekcie:  - Lider  - Partner | |
| 5 | Imię, nazwisko Projektodawcy  Osoba do kontaktu |  |
| 6 | Numer telefonu |  |
| 7 | E-mail |  |
| 8 | Nazwa jednostki organizacyjnej SUM, w której ma być realizowany projekt |  |
| 9 | Wydział |  |
| 10 | Całkowita wartość projektu w przypadku projektów realizowanych w konsorcjum |  |
| 11 | Wartość projektu dla zadań realizowanych w SUM w tym: |  |
|  | Wnioskowana wysokość dofinansowania |  |
|  | Wkład własny SUM:   * kwotowy * rzeczowy (obliczony i udokumentowany przez SUM) |  |
| 12 | Wysokość kosztów pośrednich (w %)  -obowiązująca wg Zarządzenia Rektora SUM……..%  -wskazana w regulaminie konkursu..........% | |
| 13 | Wyszczególnienie planowanych kosztów projektu lub szacunkowa wartość inwestycji |  |
| 14 | Opis aparatury planowanej do zakupu wraz z podaniem docelowego miejsca posadowienia oraz szacowaną wartością (jeżeli dotyczy) |  |
| 15 | Wyszczególnienie dodatkowych kosztów związanych z realizacją projektu np. utrzymania inwestycji, koszty zatrudnienia dodatkowych pracowników |  |
| 16 | Proponowane źródło finansowania kosztów niekwalifikowalnych |  |
| 17 | Planowany termin rozpoczęcia realizacji projektu |  |
| 18 | Planowany termin zakończenia realizacji projektu |  |
| 19 | Czy zadania w projekcie będą realizowane na terenie podmiotu leczniczego? Jeżeli tak proszę podać nazwę i adres podmiotu. |  |
| 20 | Czy realizacja projektu wymaga udziału pacjentów:  - pozostających pod opieką ww. podmiotu,  - innych – proszę wyszczególnić |  |
| 21 | Czy podmiot leczniczy będzie ponosił dodatkowe koszty z tytułu realizacji projektu (np. koszty hospitalizacji pacjentów, analiz laboratoryjnych, procedur medycznych itp.)? Jeżeli tak, proszę wyszczególnić. |  |
| 22 | Czy projekt obejmuje badania kliniczne w rozumieniu ustawy- Prawo farmaceutyczne lub ustawy o wyrobach medycznych? |  |
| 23 | Krótki opis projektu |  |
| 24 | Opracował:  (podpis Projektodawcy) |  |
| 25 | Opinia Kierownika jednostki organizacyjnej, w której ma być realizowany projekt |  |
| 26 | Opinia Prorektora ds. Rozwoju  i Transferu Technologii |  |
| 27 | Opinia Zastępcy Kanclerza - KN |  |
| 28 | Opinia Kwestora |  |
| 29 | Opinia Dyrektora Centrum Transferu Technologii |  |
| 30 | Opinia Kanclerza |  |
| 31 | Decyzja Rektora/Prorektora |  |