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 x |
| ~~- 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)

  |  Nie dotyczy / na etapie sporządzania wniosku o dofinansowanie zostaną uwzględnione wszystkie niezbędne koszty do właściwej realizacji projektu |
| 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 / Prorektora ds. Nauki i Współpracy Międzynarodowej     |   |
| 27  | Opinia Zastępcy Kanclerza ds. Działalności Badawczej    |   |
| 28  | Opinia Zastępcy Kanclerza ds. Inwestycyjnych i Administracyjno - Technicznych    |   |
| 29  | Opinia Kwestora    |   |
| 30  | Opinia Dyrektora Centrum Wsparcia Badań Klinicznych    |   |
| 31  | Opinia Kanclerza    |   |
| 32  | Decyzja Rektora/Prorektora     |   |