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 | | |  | | |