|  |  |
| --- | --- |
|  | **WNIOSEK**  **O DOFINANSOWANIE ZADANIA**  **W RAMACH „PROGRAMU FINANSOWANIA UNIESZKODLIWIANIA SKAŻONYCH ODPADÓW MEDYCZNYCH** |

1. **DANE O WNIOSKODAWCY**
2. **Nazwa:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Adres siedziby, telefon, fax:**

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość, kod pocztowy: | Ulica, nr budynku: |
| Gmina: | Powiat: |
| E-mail: | |
| Telefon: | Fax: |

1. **Numery:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NIP |  | REGON |  | KRS |  |
| PKD |  | EKD |  | | |

1. **Osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy i podpisania umowy z Funduszem:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię, nazwisko: | Zajmowane stanowisko: |
| Telefon: | Fax: |
| e-mail: | |
| 2. | Imię, nazwisko: | Zajmowane stanowisko: |
| Telefon: | Fax: |
| e-mail: | |
| 3. | Imię, nazwisko: | Zajmowane stanowisko: |
| Telefon: | Fax: |
| e-mail: | |

1. **Imię i nazwisko/ stanowisko / tel./ fax / e-mail osoby wskazanej do kontaktowania się w sprawach Wniosku:**

|  |
| --- |
|  |

1. **KOSZT REALIZACJI ZADANIA (w złotych)**

|  |
| --- |
| Koszt **całkowity** brutto: ……………………………………………………….. |
| Koszt **kwalifikowany** brutto / netto\*: ………………………………………….  w tym **podatek VAT**: …………………………………………………………..  Podatek VAT uznawany jest za koszt kwalifikowany w sytuacji, gdy stanowi on koszt ponoszony na realizację przedsięwzięcia, a beneficjent **nie ma możliwości** jego odliczenia lub odzyskania na mocy odrębnych przepisów. |
| Wnioskowana **kwota dotacji**: …………………………………………………….  Udział dofinansowania w kwalifikowanym koszcie zadania (%):……………….. |

1. **EFEKT EKOLOGICZNY I RZECZOWY**

|  |
| --- |
| Masa skażonych odpadów medycznych poddanych unieszkodliwieniu …………………… Mg |
| Przynależność odpadów do kategorii odpadów ……………………………………. |

1. **OKRES REALIZACJI ZADANIA**

- termin rozpoczęcia zadania (d-m-r) …. ..............................

- termin zakończenia zadania (d-m-r) …. ..............................

- termin uzyskania efektu ekologicznego (d-m-r) ....................................

1. **ZAAWANSOWANIE REALIZACJI ZADANIA (*na dzień złożenia wniosku*)**

rzeczowe

finansowe zł %

1. **OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**
   1. **Kwalifikowalność podatku VAT**

Oświadczam, że podatek od towarów i usług VAT naliczany przy realizacji niniejszego zadania:

1. jest kosztem wnioskodawcy (**TAK/NIE** \*),
2. nie jest kosztem Wnioskodawcy i będzie odliczany od podatku należnego w rozliczeniu składanym do urzędu skarbowego (**TAK/NIE** \*).

Jednocześnie Wnioskodawca zobowiązuje się do zwrotu zrefundowanej w ramach dofinansowania części poniesionego kosztu podatku od towarów i usług (VAT), jeżeli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie tego podatku przez Wnioskodawcę.

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

*Podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy*

* 1. **Pomoc publiczna**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Czy Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu unijnego prawa konkurencji (tj. czy świadczy usługi lub oferuje towary na rynku)? **TAK/NIE \***  W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „NIE”, proszę podać szczegółowe uzasadnienie.  ...........................................................................................................................................................  …………………………………………………………………………………………………… |
| 2 | Czy planowane zadanie związane jest z prowadzoną działalnością gospodarczą w rozumieniu unijnego prawa konkurencji? **TAK/NIE \***  W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „NIE”, proszę podać szczegółowe uzasadnienie.  ...........................................................................................................................................................  …………………………………………………………………………………………………… |
| 3 | W przypadku pozytywnej odpowiedzi na pytanie 2, czy w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej Wnioskodawca spotyka się z konkurencją lub konkurencja taka może wystąpić (czy podobną działalność na rynku prowadzą lub mogłyby prowadzić inne podmioty)? **TAK/NIE \***  W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „NIE”, proszę podać szczegółowe uzasadnienie.  ………………………………………………………………………………………………...........  …………………………………………………………………………………………………… |
| 4 | Czy wnioskowane dofinansowanie wpłynie lub może wpłynąć na wymianę handlową między Państwami Członkowskimi Unii Europejskiej? **TAK/NIE \***  W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „NIE”, proszę podać szczegółowe uzasadnienie.  ........................................................................................................................................................... …………………………………………………………………………………………………… |

***UWAGA!*** *Zaznaczenie czterech odpowiedzi TAK oznacza, iż wnioskowane dofinansowanie stanowić będzie pomoc publiczną, a Wnioskodawca składając kompletny wniosek powinien wypełnić właściwy załącznik dotyczący pomocy publicznej*.

|  |
| --- |
| Oświadczam, że wnioskowane dofinansowanie WFOŚiGW w Krakowie nie spełnia co najmniej jednej z powyższych przesłanek określonych w art. 107 ust. 1 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejska), a zatem nie stanowi pomocy publicznej.  ………………………………………………………………………………………………………..  *(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy)* |

1. **INFORMACJA W SPRAWIE TRYBU WYBORU WYKONAWCY ZADANIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Termin wyboru Wykonawcy** | **Data** |
| **Wykonawca / wykonawcy**\* Zadania **zostanie / został**\* wybrany: | |  |
| **2.** | **Podstawa prawna wyboru Wykonawcy** | |
| 2.1. | Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U.2017.1579 t.j. ze zm.) | **TAK/NIE \*** |
| 2.2. | W drodze wyboru najkorzystniejszej oferty, z zachowaniem  zasad konkurencyjności, jawności, celowości i zasady uzyskania najlepszych  efektów | **TAK/NIE \*** |

1. **OBOWIĄZKI W ZAKRESIE OPŁAT ZA GOSPODARCZE KORZYSTANIE   
   ZE ŚRODOWISKA ORAZ KAR PIENIĘŻNYCH ZA PRZEKROCZENIE LUB NARUSZENIE WARUNKÓW KORZYSTANIA ZE ŚRODOWISKA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca zgodnie z odrębnymi przepisami wywiązuje się z obowiązku uiszczania opłat | tak | nie | nie dotyczy \****1)*** |
| Czy naliczono wobec Wnioskodawcy kary | tak | nie | nie dotyczy \****1)*** |

***1)*** *- jeśli nie dotyczy, należy wyjaśnić dlaczego*

WYJAŚNIENIE: …………………………………………………………………………………………………..……....

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

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

**Potwierdzam prawdziwość i rzetelność powyższych danych i informacji**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Data* | *Pieczątka jednostki* | *Podpisy i pieczątki osób*  *upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy* |