***
MINISTARSTVO ZA SOCIJALNU POLITIKU, ZDRAVSTVO, RASELJENA LICA I IZBJEGLICE BOSANSKO – PODRINJSKI KANTON GORAŽDE***

***APLIKACIONA FORMA ZA PROJEKTE***

***Budžetska linija:*** *Ministarstvo za socijalnu politiku, zdravstvo, raseljena lica i izbjeglice Bosansko – podrinjski kanton Goražde, ekonomski kod 615100 – Kapitalni transferi za zdravstvo*

|  |  |
| --- | --- |
| *NAZIV PROJEKTA* |  |
| *LOKACIJA PROJEKTA* |  |
| *NAZIV APLIKANTA* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Pravni status aplikanta* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Ukupni troškovi Projekta*** | ***Iznos koji je zahtjevan od Ministarstva za socijalnu politiku, zdravstvo, raseljena lica i izbjeglice Bosansko – podrinjskog kantona Goražde*** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Vrijeme trajanja Projekta:* |  |

|  |
| --- |
| ***Kontakt informacije o aplikantu:*** |
| ***Poštanska adresa*** |  |
| ***Telefonski broj*** |  |
| ***Ime i prezime kontakt osobe*** |  |
| ***Ostalo (Internet, e-mail)*** |  |

## *IZJAVA APLIKANTA*

*Aplikant, koji aplicira Projektima po navedenom Javnom pozivu te koji predstavlja Ustanovu ispred koje aplicira i koji je ovlašten za potpisivanje dokumenata od strane aplikanta, a u kontekstu podnesene aplikacije, izjavljuje da:*

* *aplikant ima vlastita sredstva za sufinansiranje i provođenje projekta kako je definisano u aplikaciji,*
* *su podaci prikazani u aplikaciji tačni, objektivni i vjerodostojni,*
* *je aplikant direktno odgovoran za pripremu, upravljanje i implementaciju aktivnosti koje su definisane u aplikaciji,*
* *aplikant ispunjava uslove i kriterije koji su potrebni za apliciranje na raspisani Javni poziv i dodjelu finansijskih sredstava po Programu utroška sredstava Ministarstva sa ekonomskog koda 615100 – Kapitalni transferi za zdravstvo („Službene novine BPK-a Goražde“, broj: 5/22) koja su planirana za nabavku medicinske i dijagnostičke opreme neophodne za normalno funkcionisanje javnih zdravstvenih ustanova sa područja BPK-a Goražde čijom nabavkom se poboljšava kvalitet zdravstvenih usluga, stvaraju preduslovi za proširivanje obima i vrste zdravstvenih usluga baziranih na savremenim medicinskim dostignućima i novim zdravstvenim tehnologijama, odnosno podrška razvoju i jačanju zdravstvenog sektora baziranog na potrebama stanovništva BPK-a Goražde i šire, te smanjuju troškovi Zavoda zdravstvenog osiguranja Bosansko – podrinjskog kantona Goražde za liječenje van kantona,*
* *aplikant, u cilju osiguranja te eventualnog odobravanja finansijskih sredstva od strane Vlade Bosansko – podrinjskog kantona Goražde, prihvata da Vlada i Ministarstvo za socijalnu politiku, zdravstvo, raseljena lica i izbjeglice Bosansko – podrinjskog kantona Goražde provjeravaju podatke prikazane u aplikaciji prije dodjele finansijskih sredstava,*
* *korisnik odobrenih sredstava obavezuje se da Vladi i Ministarstvu za socijalnu politiku, zdravstvo, raseljena lica i izbjeglice Bosansko – podrinjskog kantona Goražde dostavi dokumentovan izvještaj o provedenim aktivnostima te izvještaj o namjenskom utrošku odobrenih sredstava za odobreni Projekat, nakon doznačavanja istih na transakcijski račun korisnika a po okončanju Zakonom propisanih procedura za navedenu nabavku odnosno po utrošku finansijskih sredstava.*

***Potpisano i ovjereno od strane aplikanta:***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Ime i prezime*** |  |
| ***Potpis***  |  |
| ***Pozicija*** |  |
| ***Datum*** |  |

# *APLIKACIONA FORMA*

1. *OPIS PROJEKTA*
	1. ***Sažetak Projekta***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Naziv Projekta*** |  |
| ***Cilj / ciljevi Projekta*** |  |
| ***Opis ciljane grupe*** |  |
| ***Finalni korisnici Projekta*** |  |
| ***Očekivani rezultati*** |  |
| * 1. ***Opis problema koji se Projektom nastoji rješiti***
 |  |
| * 1. ***Metodologija implementacije Projekta***
 |  |
| ***Iskustvo u provođenju istih i sličnih Projekata*** |  |

***Vremenski plan implementacije Projekta***

*Ukratko opisati vremenski plan implementacije Projekta*

*Posebnu pažnju posvetiti vremenu implementacije pojedinačnih projektnih aktivnosti*

*Maksimalno vrijeme trajanja Projekta je* ***12 mjeseci****.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Aktivnost**(naziv aktivnosti)* | *MJESEC*  | *MJESEC* |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12* |
| *1.* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *2.* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *3.* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Popuniti tabelu vremenskog okvira (staviti X u odgovarajući mjesec)*

1. *BUDŽET PROJEKTA*

***2.1. Zbirni budžet***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Opis aktivnosti / stavka* | *Jedinica*  | *Jedinična cijena BAM* | *Ukupan iznos BAM* |
| ***1. Ljudski resursi*** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Ukupno ljudski resursi* |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 1. ***Aplikant potražuje finansijska sredstva za nabavku sljedeće medicinske i dijagnostičke opreme:***
 |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Ukupno potrebna finansijska sredstva za nabavku opreme* |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ***3. Administrativni troškovi*** |  |  |  |
| ***a.*** |  |  |  |
| ***b.*** |  |  |  |
| ***c.***  |  |  |  |
| *Ukupno administrativni troškovi* |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ***UKUPNO (1+2+3)*** |   |   |  |

*3. PODACI O APLIKANTU*

***3.1 Podaci o aplikantu***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Puni naziv aplikanta*** |  |
| ***ID broj*** |  |
| ***Datum registracije*** |  |
| ***Mjesto registracije*** |  |
| ***Zvanična adresa aplikanta*** |  |
| ***Naziv banke kod koje aplikant ima otvoren bankovni račun*** |  |
| ***Broj bankovnog računa*** |  |
| ***Sjedište banke*** |  |

|  |
| --- |
| ***3.2. Opis kadrovske i finansijske situacije aplikanta*** |
|  |

 *Broj: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ /22*

 *Goražde, \_\_\_\_\_\_\_ 2022.godine*

***Potpis i pečat aplikanta***

 ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***