*Příloha č. 2 k Programu*

**Formulář popisu projektu - VZOR**

**Program podpory v oblasti zdravotnictví pro rok 2025**

* **vyplňte stručně a výstižně!**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Název organizace:*** |  |
| ***Název projektu:*** |  |
| ***Opatření, na jehož základě podáváte žádost:***  Zvolte položku. | |
| Nejdříve si zkontrolujte dle Programu 2025, zda:   * byl projekt správně zařazen do Opatření (nespoléhejte se na to, že projekt řadíte již poněkolikáté do stejného Opatření - podmínky se mění!) * projekt neobsahuje nezpůsobilé náklady * jsou všechny požadavky na dotaci řádně popsané a odůvodněné (zejm. v rozpočtu formuláře žádosti) * má garant projektu odpovídající specializaci, odbornou způsobilost | |
| ***Záměr a cíl projektu*** | |
| ***Popis cílové skupiny, předpokládaný počet beneficientů HMP*** | |
| ***Přínos projektu a jeho dostupnost pro cílovou skupinu*** | |
| ***Popis realizace projektu a jeho aktivit*** | |
| ***Způsob zajištění publicity/propagace projektu*** | |
| ***Z čeho vychází rozpočet projektu a požadavky na dotaci?*** | |
| ***Odůvodnění příp. meziročního nárůstu/poklesu celkových nákladů na projekt*** | |
| ***Z čeho vychází stanovení výše mzdových prostředků (také DPP, DPČ) a jsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění?*** | |
| ***Jaké kvalifikace/odborné způsobilosti/akreditace apod. mají členové projektového týmu (jmenovitě)?*** | |
| ***Vyjmenujte ostatní finanční zdroje projektu včetně sponzoringu, darů, příspěvku beneficientů apod.*** | |
| ***Popis evaluace projektu a jeho perspektiva do budoucna*** | |
| ***Další nezbytné informace k projektu*** | |