*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*** |