**Załącznik Nr 3 do Zasad wnioskowania, podziału subwencji dydaktyczno-badawczej na utrzymanie
i rozwój potencjału badawczego jednostek organizacyjnych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, realizacji oraz oceny finansowanych zadań badawczych.**

**WNIOSEK**

**o finansowanie zakupu */*wytworzenia/modernizacji aparatury naukowo-badawczej oraz infrastruktury informatycznej o wartości powyżej 10 000,00 zł, a nieprzekraczającej 500 000 zł**

1. **Dane wnioskodawcy\***

Jednostka składająca wniosek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres jednostki składającej wniosek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko wnioskodawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon wnioskodawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email wnioskodawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Osoba odpowiedzialna za realizację projektu w jednostce

1. **INFORMACJE O WNIOSKU I JEGO OCENA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Tytuł projektu lub nazwa inwestycji |  |
| 2 | Wniosek o przyznanie środków na zakup lub wytworzenia aparatury naukowo-badawczej oraz infrastruktury informatycznej o wartości powyżej 10 000,00 zł, a nieprzekraczającej 500 000 zł:* aparaturową,
* informatyczną\*.

\*- właściwe zaznaczyć |
| 3 | Nazwa jednostki/jednostek organizacyjnej/ organizacyjnych SUM, w której ma być zrealizowana inwestycja |  |
| 4 | Wnioskowana wysokość środków |  |
| 5 | Wyszczególnienie kosztów inwestycji/ szacunkowa wartość inwestycji |  |
| 6 | Krótki opis inwestycji, w tym uzasadnienie celowości realizacji |
| 7 | Wyszczególnienie dodatkowych kosztów związanych z realizacją inwestycji |  |
| 8 | Proponowane źródło finansowania kosztów niekwalifikowalnych(*jeśli dotyczy, uzupełnia Kwestor SUM*) |  |
| 9 | Planowany termin rozpoczęcia realizacji projektu |  |
| 10 | Planowany termin zakończenia realizacji projektu |  |
| 11 | Czy inwestycja będzie realizowana na terenie podmiotu leczniczego? Jeżeli tak proszę podać nazwę i adres podmiotu. |  |
| 12 | Opracował:(podpis Projektodawcy) |  |
| 13 | Opinia Kierownika jednostki organizacyjnej, w której inwestycja ma być realizowana |  |
| 14 | Opinia Centrum Nauki i Współpracy Międzynarodowej |  |
| 15 | Opinia Dyrektora ds. Technicznych |  |
| 16 | Opinia właściwego Zastępcy Kanclerza  |  |
| 17 | Opinia Kwestora |  |
| 18 | Opinia Kanclerza |  |
| 19 | Decyzja Rektora/Prorektora |  |