**Prilog 1**

**OBRAZAC PRIJAVE**

**ZA SUFINANCIRANJE PROGRAMA PRIJEVOZA ONKOLOŠKIH PACIJENTA NA**

**TERAPIJU IZ JEDINICA LOKALNE SAMOUPRAVE S PODRUČJA**

**PRIMORSKO-GORANSKE ŽUPANIJE U 2024. GODINI**

|  |  |
| --- | --- |
| **OSNOVNI PODACI O PRIJAVITELJU** | |
| **Naziv** |  |
| **Sjedište i adresa** |  |
| **Ovlaštena osoba za zastupanje** |  |
| **OIB** |  |
| **Osoba za kontakt** |  |
| **Kontakt tel.** |  |
| **Kontakt E-pošta** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **OSNOVNI PODACI O PROGRAMU** | |
| **Naziv programa** | Prijevoz onkoloških pacijenta na terapiju s područja Općine/Grada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Vremenski okvir provedbe** |  |
| **Ciljne skupine** |  |
| **Opisni sažetak programa (do 100 riječi)** |  |
| **Način informiranja javnosti o provedbi i rezultatima programa** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **OSNOVNI PODACI FINANCIJSKOG PLANA PROGRAMA** | |
| **Izvori sredstava za provedbu programa, s planiranim učešćem PGŽ** | * **vlastita sredstva JLS:** * **državni proračun:** * **PGŽ:** * **ostali izvori:** * **UKUPNO:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **OSNOVNI PODACI O POSTOJANJU DRUGIH PROGRAMA** | |
| **Kod prijavitelja već postoje slični programi.** | DA NE |
| **Ako je odgovor DA, navesti o kojem je programu riječ te godišnji iznos i izvore sredstava za njegovu provedbu** |  |

Napomena: obrazac popuniti na računalu.

**Datum prijave: godine**

**M.P.**

**Odgovorna osoba  
 (Podnositelj prijave)**