


Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego  
Departament Zdrowia

**Zasady udzielania dotacji  
celowych i podmiotowych  
z budżetu Województwa Dolnośląskiego  
podmiotom leczniczym**


Dyrektor  
Wydziału Zdrowia

  
Anna Wojtyśiak

Dyrektor  
Departamentu Zdrowia

  
.....  
Dominik Krzyżanowski  
Zatwierdzono do stosowania

Zastępca Dyrektora  
Wydziału Nadzoru  
i Restrukcji

  
Katarzyna Halubiak

**13 kwietnia 2021 r.**

## I. Postanowienia ogólne

1. Zgodnie z art. 114 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.) podmioty lecznicze mogą otrzymywać z budżetu Województwa Dolnośląskiego środki publiczne z przeznaczeniem na:
  - 1) realizację zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań
  - 2) remonty;
  - 3) inne niż określone w pkt. 1 inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego;
  - 4) realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
  - 5) cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych;
  - 6) realizację programów wieloletnich;
  - 7) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.
2. Podmioty lecznicze mogą otrzymywać środki publiczne na zadania o których mowa w ust.1:
  - 1) pkt 1, w odniesieniu do wydatków inwestycyjnych,
  - 2) pkt 2 i 3

- w zakresie, w jakim realizacja tych zadań służy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.).
3. Środki te przekazywane są w formie dotacji, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305).
4. Organem uprawnionym do podejmowania decyzji o wysokości dotacji dla poszczególnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w granicach kwot uchwalonych na dany rok budżetowy przez Sejmik Województwa Dolnośląskiego, jest Zarząd Województwa.
5. Wysokość środków z budżetu Województwa Dolnośląskiego przeznaczonych na dofinansowanie realizacji poszczególnych zadań wskazanych w ust. 1 określa odrębna dla każdego zadania i/lub podmiotu umowa dotacyjna. Wysokość tych środków nie może przekroczyć wysokości kosztów koniecznych do realizacji całości zadania.
6. Maksymalna wysokość przyznanych dotacji, o których mowa w ust. 2, jest ustalana według wzoru ujętego w art. 114 ust. 4 ww. ustawy o działalności leczniczej.
7. Wnioskodawca ponosi odpowiedzialność za poprawność wyliczenia maksymalnej wartości dotacji wg wzoru określonego art. 114 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.

## II. Postanowienia dotyczące przyznawania dotacji

1. W celu otrzymania dotacji finansowanej ze środków budżetu Województwa Dolnośląskiego podmiot leczniczy kieruje wniosek do Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego.
2. Wnioski o przyznanie dotacji przyjmowane są przez cały rok budżetowy.
3. Wniosek o udzielenie dotacji powinien zawierać w szczególności:
  - 1) pełną nazwę i adres ubiegającego się o dotację,
  - 2) nazwę zadania będącego przedmiotem dotacji,
  - 3) szczegółowy zakres rzeczowy zadania (uszczegółowienie ma odzwierciedlenie we wniosku, stanowiącym Załącznik do niniejszych Zasad),
  - 4) termin i miejsce realizacji zadania,
  - 5) kalkulację przewidywanych kosztów realizacji,
  - 6) informację o planowanych źródłach finansowania ze wskazaniem oczekiwanej od Województwa wartości dofinansowania,
  - 7) uzasadnienie konieczności realizacji zadania.
4. Wzór wniosku o przyznanie dotacji stanowią załączniki: Załącznik nr 1, Załącznik nr 2 i Załącznik nr 3 do Zasad udzielania dotacji.
5. Formularz wniosku, o którym mowa w ust. 4, dostępny jest na stronie internetowej [www.umwd.pl](http://www.umwd.pl) w zakładce „Zdrowie”.
6. Dodatkowo dla zadań, o których mowa w ust. 2 Postanowień ogólnych, obejmujących zakup aparatury i sprzętu medycznego i/lub wykonania innych inwestycji koniecznych do realizacji zadania:
  - 1) uzasadnienie do Wniosku powinno zawierać
    - a) opis oczekiwanych wyników i korzyści,
    - b) planowany termin rozpoczęcia realizacji zadania,
    - c) planowane etapy realizacji,
    - d) planowany termin zakończenia realizacji zadania,
    - e) wyliczenie maksymalnej wysokości dotacji wg wzoru określonego art. 114 ust. 2 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej.

Mając na względzie optymalne i racjonalne wykorzystanie istniejącego i nowo planowanego do zakupu sprzętu medycznego, bezwzględnie poparte musi być informacją o stanie dotychczasowego „wyposażenia” podmiotu leczniczego (w tym: specjalistycznej aparatury medycznej) oraz w szczególności:

  - a) potrzebą podniesienia dostępności do udzielanych świadczeń (określonej dla stanu poprzedzającego datę składania wniosku i wskazanie, za pomocą wybranych wskaźników, poziomu dostępności planowanej z użyciem sprzętu pochodzącego z realizacji zadania),
  - b) wymogiem wypełnienia zarządzeń Prezesa NFZ (prawno-finansowego i rzeczowego regulatora dostępności do świadczeń medycznych) dla kontynuacji realizacji lub rozwoju świadczeń medycznych,
  - 2) dla ustalenia maksymalnej wysokości dotacji Departament Zdrowia przyjmuje wskaźnik wyliczony przez Wnioskodawcę;
  - 3) W przypadku złożenia wniosku przed zatwierdzeniem sprawozdania finansowego za rok poprzedni, Dotowany zobowiązany jest po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego za rok ubiegły do ponownego wyliczenia skorygowanego wskaźnika P<sub>o</sub>.



Maksymalna wysokość dotacji przeliczana jest przy wykorzystaniu skorygowanego wskaźnika uwzględniającego zmiany - wprowadzone na podstawie art. 54 ustawy o rachunkowości do ksiąg rachunkowych przez Dotowanego pomiędzy dniem sporządzenia sprawozdania a dniem jego zatwierdzenia - wyłącznie w przypadku jego obniżenia. Dotowany powiadamia o tym fakcie Departament Zdrowia.

W przypadku dokonania korekty wskaźnika, którego konsekwencją jest obniżenie kwoty dotacji należy dokonać zmian do umowy (jeśli umowa była podpisana przed zatwierdzeniem sprawozdania finansowego za rok poprzedni).

7. Złożenie wniosku o dotację, o którym mowa w ust. 1, nie jest równoznaczne z przyznaniem dotacji i nie gwarantuje przyznania dotacji w wysokości oczekiwanej przez podmiot leczniczy składający wniosek.
8. Województwo zastrzega sobie prawo przyznania dotacji w ramach dostępnych środków.
9. Wnioski o przyznanie dotacji z budżetu Województwa rozpatruje Departament Zdrowia.

Podlegają one dwustopniowej ocenie:

- 1) ocena formalna wniosku - stwierdzająca przede wszystkim poprawność złożonego wniosku, kompletność wymaganych danych oraz podpisów osób upoważnionych,
- 2) ocena merytoryczna wniosku - obejmująca:
  - a) celowość planowanego zadania oraz jego zgodność z dokumentami strategicznymi i zadaniami Województwa w zakresie ochrony zdrowia,
  - b) wpływ realizacji zadania na poprawę jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych w regionie oraz analizę kosztów i korzyści dla Województwa,
  - c) kontrolę rzeczowego i finansowego ujęcia zadania w planie finansowym (w tym: inwestycyjnym) Wnioskującego,
  - d) opinię o celowości inwestycji wydaną przez wojewodę lub ministra właściwego do spraw zdrowia.

Podstawą oceny wniosku jest wypełniona karta oceny formalnej i merytorycznej wniosku o przyznanie dotacji (załącznik nr 4).

10. Decyzję o udzieleniu dotacji podejmuje Zarząd Województwa Dolnośląskiego.
11. Przyznanie dotacji następuje po podjęciu decyzji przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego na podstawie pisemnej umowy, zawartej pomiędzy Województwem Dolnośląskim a dotowanym podmiotem leczniczym.
12. Umowa, o której mowa w art. 115 ustawy o działalności leczniczej, zawiera co najmniej:
  - 1) szczegółowy opis zadania, w tym cel, na jaki środki zostały przyznane i termin jego wykonania;
  - 2) wysokość środków finansowych;
  - 3) sposób płatności środków finansowych;
  - 4) termin wykorzystania środków finansowych;
  - 5) tryb kontroli wykonywania zadania;
  - 6) termin i sposób rozliczenia przyznanych środków finansowych;
  - 7) termin zwrotu niewykorzystanej części środków finansowych.

### III. Zasady przekazywania i rozliczania dotacji

1. Dotacje przekazywane są na rachunek bankowy Dotowanego w terminach i na warunkach szczegółowo określonych w umowie.
2. Zasady rozliczenia przyznanych środków publicznych określonych ust. 2 Postanowień ogólnych określa art. 116 ust. 3 i 3a ustawy o działalności leczniczej. Przy rozliczaniu dotacji, o której mowa w ust. 1 pkt 4 Postanowień ogólnych stosuje się, zgodnie z art. 116 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej, przepisy ustawy o finansach publicznych.  
Rozliczenie dotacji uwzględnia dane:
  - 1) w zakresie wysokości przychodów uzyskanych w roku obrotowym, w którym dotowany otrzymał dotacje, a w przypadku realizacji zadania, którego dofinansowanie albo finansowanie ze środków publicznych trwa dłużej niż jeden rok - w latach obrotowych, w których podmiot wykonujący działalność leczniczą otrzymał środki publiczne,
  - 2) w zakresie kosztów uzyskanych w roku obrotowym: rzeczywiste koszty realizacji zadania, a jeżeli są wyższe od planowanych – koszty planowane.
3. Dotowany zobowiązany jest przedłożyć rozliczenie z realizacji zadania wg określonego wzoru wraz z dokumentacją finansowo-księgową oraz innymi nośnikami informacji, które mają lub mogą mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonywania zadania, w terminie i na zasadach określonych w umowie. Sprawozdanie finansowe z realizacji zadania obejmuje w szczególności zestawienie wydatków faktycznie poniesionych na realizację zadania wraz ze wskazaniem wszystkich źródeł ich finansowania.
4. Sprawozdanie uznaje się za złożone w terminie, jeżeli zostanie doręczone nie później niż w ostatnim dniu wyznaczonym w umowie do złożenia rozliczenia. W przypadku przesłania sprawozdania za pośrednictwem poczty decyduje data nadania w urzędzie pocztowym.
5. Dotacja nierozliczona bądź niewykorzystana w terminie określonym w umowie podlega zwrotowi w części proporcjonalnej do nierozliczonego bądź niezrealizowanego zadania na zasadach określonych w umowie, w terminie nie dłuższym niż 15 dni od określonego w umowie dnia wykonania zadania.
6. Dotacje lub ich części:
  - 1) wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem,
  - 2) pobrane nienależnie lub w nadmiernej wysokości,
  - 3) podlegają zwrotowi do budżetu Województwa na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305), tj. wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, w ciągu 15 dni od dnia stwierdzenia powyższych okoliczności. W przypadku, gdy termin wykorzystania tych dotacji jest krótszy niż rok budżetowy, podlegają one zwrotowi w ciągu 15 dni po upływie terminu wykorzystania dotacji.
7. Dotacjami pobranymi w nadmiernej wysokości są dotacje otrzymane z budżetu Województwa w wysokości wyższej niż określona w odrębnych przepisach, w tym: w ustawie z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub w umowie.

Handwritten signature or initials in blue ink.

( pieczęć Wnioskodawcy )

(miejsce i data)

**Urząd Marszałkowski  
Województwa Dolnośląskiego  
Departament Zdrowia  
ul. Walońska 3-5  
50-413 Wrocław**

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOTACJI ZE ŚRODKÓW BUDŻETU WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLASKIEGO**

**1. Opis zadania.**

**2. Nazwa zadania.**

**3. Miejsce wykonywania zadania.**



#### 4. Szczegółowy zakres rzeczowy zadania.

*Zakres planowanych robót budowlanych/dostaw/usług, na które zostaną poniesione wydatki w ramach dotacji budżetowej, z dokładnością, jak w dokumentacji postępowania o udzielenie zamówienia publicznego(SIWZ).  
W przypadku zakupów wyposażenia, aparatury i sprzętu medycznego należy wskazać ich rodzaj, funkcjonalność oraz liczbę. W przypadku specjalistycznych urządzeń należy uwzględnić wykaz towarzyszącego im wyposażenia.*

#### 5. Planowany termin realizacji zadania:

od ..... do .....

#### 6. Planowane etapy realizacji

#### 7. Planowany termin zakończenia wykonywania zadania

.....



**8. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania z uwzględnieniem źródeł finansowania.**

<b>Szacunkowy koszt całkowity zadania</b>	<b>zł</b>
<i>w tym:</i>	
Wnioskowana kwota dotacji z budżetu województwa	zł
Finansowe środki własne	zł
Inne źródła finansowania ( proszę wymienić)	zł

**9. Uzasadnienie konieczności realizacji zadania.**

Uzasadnienie konieczności realizacji zadania, mając na względzie optymalne i racjonalne wykorzystanie istniejącego i nowoplanowanego do zakupu sprzętu medycznego, bezwzględnie poparte musi być informacją o stanie dotychczasowego „wyposażenia” podmiotu leczniczego, ( w tym: specjalistycznej aparatury medycznej) oraz w szczególności potrzebą podniesienia dostępności do udzielanych świadczeń ( określonej dla stanu składania wniosku i wskazanie za pomocą wybranych wskaźników, poziomu dostępności planowanej z użyciem sprzętu pochodzącego z realizacji zadania), konieczności wypełnienia zarządzeń Prezesa NFZ (prawnego, finansowego i rzeczowego regulatora dostępności do świadczeń medycznych) dla kontynuacji realizacji lub rozwoju świadczeń medycznych).

Uzasadnienie winno zawierać opis oczekiwanych wyników i korzyści.

--

**10. Zgodność zadania z dokumentami strategicznymi/lokalnymi/kierunkowymi.**

Dokument strategiczny/lokalny/kierunkowy (pełna nazwa)	Cele	Uzasadnienie

### 11. Wynik opinii o celowości inwestycji (jeśli dotyczy).

Nazwa zadania	Nr opinii	Data wydania	Wynik opinii (pozytywna/negatywna)

### 12. Oczekiwana wartości dofinansowania ..... zł

### 13. Wyliczenia maksymalnej wysokości dotacji

Maksymalna wysokość przyznanej dotacji jest ustalana według wzoru  $W = K \times P0$ , gdzie współczynnik  $P0 = a0 : (a0 + b0)$ , a poszczególne symbole oznaczają:

**W** – maksymalna wysokość dotacji,

**K** – planowany koszt realizacji zadania,

**a0** – przychody zakładu z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uzyskane w poprzednim roku obrotowym w rozumieniu ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

**b0** – przychody zakładu z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków innych niż określone dla symbolu a0.

.....  
(podpis i pieczęć wnioskodawcy)

#### Załączniki:

1. kserokopię opinii lub wniosku rady społecznej Wnioskującego, w formie uchwały przedstawionej;
- 1.1. Kierownikowi podmiotu leczniczego zgodnie z:
  - wymogami art.48 ust.2 pkt. 2c) ustawy o działalności leczniczej w sprawie dotacji,
  - wymogami art.48 ust.2 pkt.2 a) ustawy o działalności leczniczej w sprawie rzeczowego i finansowego planu inwestycyjnego, w którym wnioskowane zadanie jest ujęte a skutki jego realizacji są odzwierciedlone w planie finansowym,
- 1.2. podmiotowi tworzącemu w przypadku zakupu nowej aparatury i sprzętu medycznego, zgodnie z art.48 ust.2 pkt. 1 a) ustawy o działalności leczniczej
2. dokument przedstawiający źródła finansowania planowanego zadania i kserokopie uwiarygodnionych dokumentów przedstawiających wykorzystanie możliwych i dostępnych a uzależnionych od sytuacji finansowej podmiotu dróg ich poszukiwania i po ich wyczerpaniu prezentujący występujący niedobór środków uniemożliwiający ich realizację.

Wniosek złożono w dniu.....

Nr w rejestrze.....

*Wypełnia Departament Polityki Zdrowotnej*



Handwritten signature or initials in blue ink.



Pieczęć wnioskodawcy

data wpływu

Urząd Marszałkowski  
Województwa Dolnośląskiego  
Departament Zdrowia  
Wydział Zdrowia

**WNIOSEK  
O PRYZNANIE DOTACJI ZE ŚRODKÓW BUDŻETU WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO**

Nazwa podmiotu	
Adres	
NIP	
Regon	
Nr konta bankowego	
Osoba wskazana do kontaktu (imię i nazwisko, nr tel. e-mail)	

<b>1. Nazwa zadania</b>

<b>2. Termin realizacji zadania</b> (data rozpoczęcia, data zakończenia)

<b>3. Zakres rzeczowy zadania</b> (opis potrzeb wskazujących na konieczność wykonania zadania, charakterystyka odbiorców, miejsce realizacji i zasięg terytorialny zadania)

<b>4. Zakładane cele i przewidywane rezultaty</b>

<b>5. Opis zadania</b> w tym liczbowe określenie skali działań (np. liczba świadczeń udzielanych tygodniowo, miesięcznie, liczbę odbiorców), zasoby osobowe, rzeczowe



Wniosek złożono w dniu  
(wypełnia UMWD)

## WNIOSEK o dofinansowanie

rok

### DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Pełna nazwa placówki:

Reprezentowanej przez:

Osoba wskazana do kontaktu wraz z nr tel.:

- odpowiedzialna za sprawy merytoryczne -
- odpowiedzialna za sprawy finansowe -

Województwo:

Powiat:

Gmina:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Poczta:

Ulica:

Nr telefonu / fax:

E-mail:

Nr konta bankowego:

Nr NIP:

Regon:

Nr KRS:

**Tabela nr 1. PROGRAMY TERAPEUTYCZNE PONAD STANDARDOWĄ OFERTĘ**

Lp.	Nazwa programu	Termin realizacji zadania	Imię i nazwisko prowadzącego	Planowana liczba osób mających uczestniczyć w programie	Kwota wnioskowana	Kwota przyznanego dofinansowania (wypełnia UMWD)
1.1						
1.2						
1.3						
1.4						
<b>Razem</b>						

**Tabela nr 2. SUPERWIZJE PRACOWNIKÓW LECZNICTWA ODWYKOWEGO**

Lp.	Nazwa oddziału/imię i nazwisko pracownika	Termin realizacji zadania	Imię i nazwisko prowadzącego	Planowana liczba osób	Kwota wnioskowana	Kwota przyznanego dofinansowania (wypełnia UMWD)
1.1						
1.2						
<b>Razem</b>						

**Tabela nr 3. PROGRAMY UZYSKIWANIA KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH PRZEZ OSOBY PROWADZĄCE TERAPIĘ Z UZALEŻNIEŃ I WSPÓLUZALEŻNIEŃ**

Lp.	Nazwa programu	Termin realizacji zadania	Imię i nazwisko uczestnika	Kwota wnioskowana			Kwota dofinansowania z jednostek rządowych		Kwota przyznanego dofinansowania (wypełnia UMWD)
				szkolenia	dojazdy	KWOTA OGÓŁEM	PARPA	KBPN	
1.1									
1.2									
<b>Razem</b>						<del>XXXXXXXXXX</del>			



**Tabela nr 4. POZOSTAŁE ZADANIA**

Lp.	Nazwa zadania	Termin realizacji zadania	Imię i nazwisko prowadzącego	Kwota wnioskowana	Kwota przyznanego dofinansowania (wypełnia UMWD)
1.	<b>MONITORING EFEKTÓW TERAPII</b>				
Lp.	Nazwa zadania	Termin realizacji zadania		Kwota wnioskowana	Kwota przyznanego dofinansowania (wypełnia UMWD)
2.	<b>ZAKUP WYPOSAŻENIA, MATERIAŁÓW EDUKACYJNYCH</b>				
2.1					
2.2					
3.	<b>REMONTY</b>				
3.1					
3.2					
4.	<b>INNE</b>				
4.1					
4.2					
<b>Razem</b>					

**UWAGI** (proszę o podanie merytorycznego uzasadnienia dokonania wydatków z punktu 2, 3 i 4 z Tabeli nr 4):



Tabela nr 5. ZGODNOŚĆ ZADANIA Z DOKUMENTAMI STRATEGICZNYMI/LOKALNYMI/KIERUNKOWYMI

Dokument strategiczny/ lokalny/ kierunkowy (pełna nazwa)	Cele	Uzasadnienie

**ŁĄCZNA KWOTA WNIOSKOWANEJ DOTACJI** ..... zł

.....  
(miejscowość, dnia)

.....  
podpis osoby upoważnionej

Adnotacje urzędowe (wypełnia UMWD)

**OCENA FORMALNA I MERYTORYCZNA WNIOSKU O PRYZYNIANIE DOTACJI**

-- WZÓR--

<b>OCENA FORMALNA</b>	
Podmiot wnioskujący	
Data złożenia wniosku	
Nr sprawy EZD	
Środki zabezpieczone w planie BWD/BWD – cel	Tak – klasyfikacja Nie Nie dotyczy
Wnioskodawca spełnił wymogi formalne (niepotrzebne skreślić)	TAK NIE UWAGI
<b>OCENA MERYTORYCZNA</b>	
<b>Zgodność zadania z dokumentami strategicznymi*</b>	
Narodowy Program Zdrowia	Tak (wymienić cele) Nie Nie dotyczy
Mapy potrzeb zdrowotnych (wymienić jakie)	Tak Nie Nie dotyczy
Strategia Rozwoju Województwa Dolnośląskiego	Tak Nie Nie dotyczy
Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa dolnośląskiego (wymienić jakie)	Tak Nie Nie dotyczy
Programy kierunkowe (jakie?)	Tak (nazwa i cele) Nie Nie dotyczy

Inne (jakie?)		Tak (nazwa i cele) Nie
Wpływ realizacji zadania na poprawę jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych w regionie oraz analizę kosztów i korzyści dla Województwa		Tak Nie Uwagi
Ujęcie zadania w planie finansowym (w tym inwestycyjnym) Wnioskującego		Tak Nie Uwagi
Opinia o celowości inwestycji wydana przez wojewodę lub ministra właściwego do spraw zdrowia (jeśli dotyczy)		Pozytywna Negatywna <i>(niepotrzebne skreślić)</i>
<b>Kwota wnioskowana</b>	<b>Kwota rekomendowanego dofinansowania</b>	<b>Uwagi</b>
<b>łącznie kwota wnioskowanej dotacji</b>		<b>łącznie kwota rekomendowanej dotacji</b>

Dyrektor Wydziału (data i podpis)

.....

Dyrektor Departamentu (data i podpis)

.....

Przygotował  
Sprawdził

\*Wpisanie się w co najmniej jeden dokument strategiczny/regionalny stanowi kryterium dopuszczające do uzyskania pozytywnej opinii wniosku