**Pályázati adatlap**

Kozármisleny Város területén működő társadalmi szervezetek 2025. évi támogatásához

**PÁLYÁZÓ SZERVEZET ADATAI**

|  |  |
| --- | --- |
| Pályázó szervezet neve: |  |
| Pályázó szervezet címe: |  |
| Pályázó szervezet alapításának éve: |  |
| Pályázó szervezet taglétszáma: |  |
| Szervezet jogállása (közhasznú – nem közhasznú): |  |
| Szervezet jogi formája (egyesület, alapítvány): |  |
| Adószáma: |  |
| Regisztrációs száma vagy bírósági bejegyző végzés száma: |  |
| Pályázó szervezet képviselőjének neve: |  |
| Pályázó szervezet képviselőjének címe: |  |
| Pályázó szervezet képviselőjének elektronikus elérhetősége: |  |
| Pályázó szervezet képviselőjének telefonos elérhetősége: |  |
| Pályázó szervezet értesítési/levelezési címe: |  |
| A szervezet célja, tevékenységének rövid megjelölése, bemutatása (alapdokumentumban megfogalmazottak alapján: |  |

**IGÉNYELT TÁMOGATÁS**

|  |  |
| --- | --- |
| Pályázó szervezet által 2024. évre igényelt támogatás összege (Ft.) |  |

Alulírott ……………………………… a …………………………………… képviselője nyilatkozom, hogy az adatlap – Kozármislenyi Önkormányzat internetes portálján történő – közzétételéhez hozzájárulok, az adatokban történő változásokat, a változást követő 15 napon belül írásban bejelentem az Önkormányzat felé.

Kijelentem, hogy a pályázati feltételeket elfogadom és a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. A „Pályázati Adatlap” kitöltésén túlmenően az általam képviselt társadalmi szervezetre vonatkozó kötelező pályázati mellékleteket is csatolom.

Dátum:

 ……………………………………………

 képviselő aláírása

**Beszámoló az Önkormányzattól kapott**

**előző évi támogatás felhasználásáról**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Megnevezés (elszámolt költségek típusa)** | **Összeg** | **Időszak** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
|  | **Igényelt támogatás összesen:** |  |  |

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kozármisleny, ………………………………………..

 ……………………………………………

 **Aláírás/Cégszerű aláírás**

**NYILATKOZAT**

**a közpénzekből nyújtott támogatások átláthatóságáról szóló 2007. évi CLXXXI. törvény szerinti összeférhetetlenség, illetve érintettség fennállásáról, vagy hiányáról**

A Pályázó neve:

Természetes személy lakcíme:

Születési helye, ideje:

Gazdasági társaság esetén székhelye:

Cégjegyzékszáma:

Adószáma:

Képviselőjének neve:

Egyéb szervezet esetén székhelye:

Képviselőjének neve:

Nyilvántartásba vételi okirat száma:

Nyilvántartásba vevő szerv megnevezése:

Kijelentem, hogy személyemmel, illetve a pályázóként megjelölt szervezettel szemben a közpénzekből nyújtott támogatások átláthatóságáról szóló **2007. évi CLXXXI. törvény (Knyt.)**

– **6. § (1) bekezdése szerinti összeférhetetlenség**

 **1. nem áll fenn vagy**

**2. fennáll az …pont alapján**

**– 8. § (1) bekezdése szerinti érintettség**

 **1. nem áll fenn vagy**

**2. fennáll az …pont alapján**

**Az összeférhetetlenség vagy az érintettség alapjául szolgáló körülmény leírása:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Kijelentem, hogy az összeférhetetlenség megszüntetésére az alábbiak szerint intézkedtem:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Kijelentem, hogy az érintettség közzétételét külön űrlap csatolásával kezdeményeztem.**

Kelt:

**Aláírás/Cégszerű aláírás**