**Žádost o poskytnutí dotace z rozpočtu obce**

**ZAKŘANY pro rok 2018**

|  |
| --- |
| 1. **Žadatel - identifikační údaje\***
 |
| Název organizace (u fyzické osoby jméno a příjmení): |
| **Právní forma právnické osoby:** |
| **Úplná adresa sídla, popř. místa trvalého pobytu:**Obec: PSČ: Ulice: č. p.: Telefon/fax: E-mail: www:  |
| **IČ:**  | Rodné číslo:  |
| DIČ\* \* :  | Číslo datové schránky\* \* : |
| **Bankovní spojení (název banky, číslo účtu, kód banky):** |
| **Statutární orgán:**Jméno a příjmení, titul, funkce: Kontaktní adresa: Telefon/fax: E-mail:   |
| **Kontaktní osoba:**Jméno a příjmení, titul:Kontaktní adresa:Telefon/fax: E-mail: |

\* Vyplní se s ohledem na to, zda je žadatelem fyzická či právnická osoba.

\* \* Nepovinné položky

|  |
| --- |
| **2. Charakteristika činnosti** |
| **Zaměření činnosti žadatele:** |
| **Počet členů organizace:** 1. aktivních (činných)…………………….
2. neaktivních (přispívajících) ……………………
3. členové s trvalým pobytem v obci Zakřany (počet):
 |
| **Stručný popis činnosti/aktivit:** |
| **3. Účel využití dotace a výše požadované dotace** |
| **Účel využití dotace** *(podrobný popis využití dotace v členění na jednotlivé projekty/ akce/činnosti)***Výše požadované dotace:** .................................... Kč |

**Čestné prohlášení o bezdlužnosti**

Svým podpisem rovněž potvrzuji, že žadatel ke dni podání žádosti nemá žádné splatné závazky ve vztahu ke státnímu rozpočtu, ke státnímu fondu, finančnímu úřadu, zdravotní pojišťovně, správě sociálního zabezpečení nebo rozpočtu územního samosprávného celku a jím zřízeným organizacím, ani proti němu nebylo zahájeno insolvenční řízení.

V  dne

 ......................................................................

 podpis, razítko