**Szobért-Szobiakért Közalapítvány**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**pályázó neve**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**pályázat címe**

**SZOBÉRT-SZOBIAKÉRT KÖZALAPÍTVÁNY**

**PÁLYÁZATI ADATLAP**

Szob település területén megvalósuló közösségi, kulturális, sport, műemlékvédelemre irányuló, egészségmegőrző program

|  |  |
| --- | --- |
| Pályázó neve: |  |
| Pályázó címe: |  |
| Pályázó képviselőjének neve: |  |
| Kapcsolattartó neve: |  |
| Kapcsolattartó telefonszáma: |  |
| Kapcsolattartó email címe: |  |
| Pályázó bankszámla száma: |  |
| Pályázó adószáma: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Pályázat címe: |  |
|  |  |
| Pályázatban igényelt összeg: |  |
|  |  |

Pályázati cél részletes leírása:

|  |
| --- |
|  |

Kelt:…………………………….. év ……………………………………….hó ………… nap

………………………………………………………………………

szervezet/intézmény vezetője

**NYILATKOZAT**

Alulírott ……………………………………………………………………………………….… (név) a ………………………………………………………………………………………...................... (szervezet/intézmény) képviseletében nyilatkozom, hogy a Szobért-Szobiakért Közalapítványtól pályázati úton elnyert összeget Szob település területén megvalósuló programra fordítom.

Tudomásul veszem, hogy nyertes pályázat esetén az elnyert támogatás összegével az alapítvány kuratóriuma részére bizonylatokkal alátámasztott elszámolást kell benyújtani 2021. május 28 - ig.

Az elszámolás meg nem történte, illetve el nem fogadhatósága esetén a pályázó tudomásul veszi, hogy akár a támogatott összeg mértékéig visszafizetési kötelezettség terheli.

Szob, év hó nap

……………………………………………………………………………

szervezet/intézmény képviselője