

Předpokládaný rozpočet paliativní služby podle zdrojů - příloha k žádosti

Název organizace:	
Název paliativní služby:	
Číslo žádosti (nevyplňujte, vyplní pracovníci města Kroměříže):	
Požadavek na finanční prostředky	Předpoklad
1 Město Kroměříž	
2 Zlínský kraj - státní finanční prostředky (MPSV)	
3 Zlínský kraj - individuální projekt Zlínského kraje	
4 Zlínský kraj - finanční prostředky kraje	
5 Ostatní kraje	
6 MŠMT	
7 Ministerstvo vnitra	
8 Ministerstvo zdravotnictví	
9 Úřad vlády ČR	
10 Ostatní rezorty státní správy	
11 Úřady práce	
12 Zdravotní pojišťovny	
13 Nadace	
14 Sponzorské dary	
15 Příjmy od klientů	
16 Ostatní	
17 Jiné obce, uveďte součet za všechny obce a názvy obcí	
18	
19	
20	
21	
Celkové příjmy	0

Datum:

Jméno, příjmení

podpis osoby oprávněné zastupovat žadatele

razítko