

Önkormányzati támogatás iránti kérelem

(A kérelmet nyomtatott betűvel, vagy géppel kérjük kitölteni!)

1. Támogatást igénylő adatai:

Név: PULMO Gyermektüdőgyógyászati és Allergológiai Bt.

Cím: 8600 Siófok, Klapka Gy. u 38.

Levelezési cím: ua: Siófok, 8600. Klapka Gy. u 38.

Telefon: 06-20/5794433

Adószám (adóazonosító jel): 20241027-1-14

Bankszámlaszám: 1174304020062156

2. Kapcsolattartó személy adatai:

Név: Dr. Radosits Károly

Cím: 8600 Siófok, Klapka Gy. u 38.

Elérhetőségek (telefon, e-mail cím): 06-20/5794433, radosits.karoly@gmail.com

3. Támogatási cél rövid megnevezése:

Siófoki Önkormányzat által fenntartott, Régi Rendelő Intézetben működő, NEAK finanszírozott, gyermektüdőgyógyászati szakrendelés rendelő helyiségeinek bérleti v. rezszi díjának mérséklése.

4. Támogatás céljának rövid leírása: A bérleti díj emelkedése, a rendelkezésre álló kevés nyugaló, mérsékelt, a heti 2x i rendelésért kapott OEP-NEAK finanszírozási díj, összességében a kiadásokat, a rendelés fenntartását alig fedező, szűkös lehetőségek miatt szeretném kérni a bérleti v. rezszi költségek önkormányzati díjának mérséklését. Cél: az ingyenes szakellátás, zömmel siófoki családokat érintő rendelés megtartása.

5. Támogatási cél megvalósításának tervezett időtartama:

Folyamatosnapjátólnapjáig

6. A támogatás formája:

vissza nem térítendő támogatás / visszatérítendő támogatás ⁽¹⁾



7. A támogatási cél megvalósításának költségvetése:

A támogatás cél megvalósításának részletes költségvetése	
A rendelő átlagos havi díja (nyáron kevesebb, fűtési időszak ban több)	50.000 Ft
	Ft
	Ft
	Ft
	Ft
	Ft
Költségvetés teljes összege	Ft
A támogatási cél megvalósítására tervezett saját pénzösszeg A támogatás és a havi díj közötti különbségből előállt pénzösszeg	Ft
Egyéb forrásból származó támogatások	
	Ft
	Ft
	Ft
A kért támogatás összege összesen: Az esetleges támogatási szerződésnek megfelelő.	Ft

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, az azokban – a támogatás elszámolása előtt - bekövetkező változásokról az önkormányzatot 15 napon belül tájékoztatom.

Kijelentem, hogy lejárt esedékességű, 60 napon túli köztartozásom nem áll fenn, és hogy az általam képviselt szervezet nem áll csőd-felszámolási- vagy végelszámolási eljárás alatt.

Kötelezettséget vállalok arra, hogy a támogatást a vonatkozó önkormányzati rendeletben foglaltak szerint, rendeltetésszerűen használom fel, és a támogatás felhasználásáról a támogatási szerződésben foglaltak szerint elszámolok a támogatást nyújtó felé.

Siófok, 2025. év 10. hó 08. nap

Dr. Radosits
PULMO BT.
GYERMEKTÜDŐGYÓGYÁSZATI SZAKRENDELÉS
Dr. RADOSITS KÁROLY gyermektüdőgyógyász
8600 Siófok, Fő u. 174-176. Tel.: 312-730
Működési eng. szám: 786-3/2001.
ANTSZ ny. sz.: 140076191

^[1] A megfelelőt alá kell húzni.



NYILATKOZAT

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

A Támogatott neve: PULMO Gyermektüdőgyógyászati és Allergológiai Bt.

Természetes személy lakcíme: -

Születési helye, ideje: -

Gazdasági társaság esetén székhelye: 8600 Siófok, Klapka Gy. u. 38.

Cégjegyzékszám: 14-06-304692

Adószáma: 20241027-1-14

Képviselőjének neve: Dr. Radosits Károly

- Egyéb szervezet esetén székhelye: -

Képviselőjének neve: -

Nyilvántartásba vételi okirat száma: -

Nyilvántartásba vevő szerv megnevezése: -

.....
.....

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

- 6. § (1) bekezdése szerinti összeférhetetlenség (A megfelelő rész aláhúzendó!)

1. nem áll fenn vagy

2. fennáll az ... pont alapján

- 8. § (1) bekezdése szerinti összeférhetetlenség (A megfelelő rész aláhúzendó!)

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:

Siófok, 2025. 10. 08

Aláírás/Cégszerű aláírás

Dr. Radosits Károly

PULMO BT.
GYERMEKTUDÓGYÁSZATI SZAKRENDELÉS
Dr. Radosits Károly gyermektudógyász
8600 Siófok, Fő u. 174-176. Tel.: 812-730
Működési enged. szám: 786-3/2001.
ANTSZ ny. sz.: 140076191



NYILATKOZAT

Dr. Radosits Károly gyermektüdőgyógyász, mint a PULMO Gyermektüdőgyógyászati és Allergológiai Bt. ügyvezetője és kizárólagos képviselője, nyilatkozatot tesz arról, hogy a fent nevezett betéti társaságnak
nincs állami vagy önkormányzati adóhatóság felé fennálló adó-, vám és társadalombiztosítási tartozása.



Dr. Radosits Károly
Dr. Radosits Károly

PULMO BT.
GYERMEKTÜDŐGYÓGYÁSZATI SZAKRENDELÉS
Dr. RADOSITS KÁROLY gyermektüdőgyógyász
8600 Siófok, Fő u. 174-176. Tel.: 312-730
Működési eng. szám: 786-3/2001.
ANTSZ ny. sz.: 14007G191