

Žiadosť o úhradu Vyberte položku.					
1. Základné údaje o užívateľovi¹					
Identifikačný kód užívateľa:		Číslo Zmluvy o FPzP:			
Meno/názov užívateľa:	<i>Meno/názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti</i>				
Adresa/sídlo užívateľa:	<i>Ulica, popisné číslo, PSČ, mesto/obec</i>				
IČO:		DIČ:		IČ DPH:	
Štatutárny orgán:	<i>Meno, priezvisko a titul</i>				
E-mail:		Tel. číslo:			
Kontaktná osoba pre komunikáciu:	<i>Meno, priezvisko a titul</i>				
Adresa pre korešpondenciu:	<i>Ulica, popisné číslo, PSČ, mesto/obec</i>				
E-mail:		Tel. číslo:			
Dátum predloženia žiadosti:					
Bankové spojenie:		IBAN:		BIC kód:	

2. Finančné údaje k predfinancovaniu						
P.č.	Číslo zákazky verejného obstarávania	Názov účtovného dokladu	Číslo účtovného dokladu	Názov výdavku	Oprávnený výdavok (v EUR)	Poznámka
Suma spolu (v EUR)					Xxx xxx,xx Eur	

¹ Vyplní užívateľ

3. Finančné údaje k refundácii/zúčtovaniu predfinancovania

P.č.	Číslo zákazky verejného obstarávania	Názov účtovného dokladu	Číslo účtovného dokladu	Názov výdavku	Oprávnený výdavok (v EUR)	Dátum úhrady
Suma spolu (v EUR)					Xxx xxx,xx Eur	

4. Zoznam predložených príloh

P.č.	Názov prílohy
1.	Zoznam nárokových/deklarovaných výdavkov
2.	Príspevok k merateľným ukazovateľom
3.	Zmluva o poskytnutí finančných prostriedkov z príspevku
4.	<i>Faktúra, zmluva, objednávka</i>
5.	<i>Fotodokumentácia alebo podporná dokumentácia a pod.</i>

Všetky informácie obsiahnuté v žiadosti o úhradu a všetkých jej prílohách sú úplné, pravdivé a správne.

Súhlasím so správou, spracovaním a uchovávaním všetkých uvedených osobných údajov podľa § 46 zákona č. 121/2022 Z. z. o príspevkoch z fondov Európskej únie a o zmene a doplnení niektorých zákonov².

V dňa 1. 11. 2025

.....
Meno, priezvisko a titul štatutárneho orgánu
/splnomocneného orgánu

.....
podpis štatutárneho orgánu
/splnomocneného orgánu

² Zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov