**Vakok és Gyengénlátók Baranya Megyei Egyesülete**

**Segédeszköz vásárlását támogató program 2017.**

**Pályázati adatlap**

**Pályázati azonosító: SVTP 2017 - 01**

**1. Kitöltési útmutató**

*Kérjük, hogy az adatlapot a jelen kitöltési útmutató segítségével töltse ki!*

Az adatlap kitöltetlenül kinyomtatva, kézírással, tintával (nyomtatott betűkel), illetve számítógépen is kitölthető. A 2. pontban egy táblázat található, melynek betűvel jelzett sorait kell kitölteni, az üres (pontozott vonallal jelzett) helyeken. A 2. a) sorba a Pályázó személyi igazolványában szereplő nevét kell beírni. A 2. b) sorba a Pályázó MVGYOSZ arcképes igazolványában található törzsszámot (újabb igazolványokban a 6. oldal legfelső sorban található számot) kell beírni. A 2. c); d); és e) sorokba igen, vagy nem szót kell írni attól függően, hogy a sorban jelzet naptári évben a Pályázó befizette-e az egyesületi tagsági díját? A 3. a) sorba a pályázat útján elnyerhető támogatással megvásárolni tervezett segédeszköz, életvitelt segítő eszköz (a továbbiakban Segédeszköz) megnevezését (típus, felhasználási terület) kell beírni. A 3. b) sorba a Segédeszköz bruttó, vagyis a vásárló által megfizetendő árát kell beírni. magyar forintban, számokkal és szavakkal egyaránt. A 4. pontban azt a postacímet (település neve, utca vagy tér, stb. neve, házszám, ha van emelet és ajtószám) kell beírni, ahova a pályázat elbírálás eredményéről szóló tájékoztató levelet küldhetjük. Számítógépes kitöltés esetén a 2. és 3. pontok sorainak kitöltését követően az adatlapot ki kell nyomtatni. A kitöltött és kinyomtatott adatlapot az 5. a) sorban (a lap alján, jobb oldalon) a Pályázó aláírásával kell ellátni (vak személy esetén az aláírás bélyegzőt is elfogadjuk).

**2. A Pályázó azonosító adatai**

|  |  |
| --- | --- |
| a) Név: |  |
| **Ez a cella nem kitöltendő!** |
| b) MVGYOSZ arcképes igazolványban található törzsszám: |  |
|  **Ez a cella nem kitöltendő!** |
| c) Tagsági díját 2017. évre befizette: |  |
| d) Tagsági díját 2016. évre befizette: |  |
| e) Tagsági díját 2015. évre befizette: |  |

**3. A megvásárolni kívánt Segédeszköz adatai**

|  |  |
| --- | --- |
| a) Megnevezés: |  |
| b) Bruttó ár: |  |

**4. Értesítési cím**

|  |
| --- |
|  |

**5. Nyilatkozat az SVTP 2017 – 01 azonosítójú pályázaton történő részvételről**

Alulírott aláírásommal hitelesítve kijelentem, hogy az SVTP 2017 – 01 azonosító számú pályázatban részt kívánok venni. A pályázati kiírásban található feltételeket elolvastam, megértettem és elfogadom.

|  |  |
| --- | --- |
| a) Pályázó aláírása |  |