**Anexa 1**

**CEREREA DE ACORDARE A AVIZULUI DE OPORTUNITATE**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Denumirea solicitantului:**
 |  |
| 1. **Calitatea în cadrul proiectului propus: aplicant/partener**
 |  |
| 1. **Ordonatorul principal de credite:**
 |  |
| 1. **Adresa solicitantului:**
 |  |
| 1. **Codul fiscal:**
 |  |
| 1. **Reprezentant legal:**
 |  |
| 1. **Funcția reprezentantului legal:**
 |  |
| 1. **Persoană de contact/managerul de proiect:**
 |  |
| 1. **Email și nr de telefon ale persoanei de contact** (această persoană, dacă este alta decât reprezentantul legal va semna *Declarația de consimțământ privind prelucrarea datelor cu caracter personal*)
 |  |
| 1. **Numele proiectului propus spre finanțare**
 |  |
| 1. **Denumirea mecanismului de finanțare:**
 |  |
| 1. **Denumirea apelului de proiecte**
 |  |
| 1. **Data limită pentru depunerea aplicațiilor**
 |  |
| 1. **Obiectivul general al proiectului propus:**
 |  |
| 1. **Obiectivele secundare:**
 |  |
| 1. **Problema cu care se confruntă solicitantul –** justificarea necesității proiectului **1**
 |  |
| 1. **Activitățile propuse** a fi finanțate din proiect și care contribuie direct la soluționarea problemei identificate și la realizarea obiectivului proiectului
 |  |
| 1. **Lista investițiilor** **de tipul extindere/ modernizare/ reabilitare și/sau dotare cu echipamente, după caz, propuse a fi achiziționate prin proiect**
 |  |

Reprezentant legal/Împuternicit: *prenume, nume*...............................

Funcția...............................

Data ..................................

Semnătura ........................................

**1** În justificarea necesității se va transmite obligatoriu **o** Notă de Fundamentare care cuprinde:

1. Modalitatea prin care proiectul răspunde obiectivelor/măsurilor/acțiunilor etc. prevăzute în Strategia Națională de Sănătate 2023-2030, masterplanurile regionale de servicii de sănătate și alte documente strategice sau operaționale
2. Justificarea necesității realizării investițiilor de tipul extindere/ modernizare/ reabilitare;
3. Justificarea necesității dotării pentru fiecare tip de echipament propus spre finanțare;
4. Detalierea capacității prezente a unității sanitare de a furniza servicii medicale dedicate pacientului critic, raportat la specificul apelului
5. Modalitățile prin care dotările propuse spre finanțare se vor utiliza în relație cu:
* structura existentă a unității sanitare publice, aprobată/avizată, după caz, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
* organizarea spațiilor și a circuitelor funcționale în conformitate cu normele sanitare;
* personalul existent care urmează să utilizeze echipamentele propuse spre finanțare.

**Anexa 2**

**DECLARAȚIE PRIVIND EVITAREA DUBLEI FINANȚĂRI**

Subsemnata/subsemnatul, <*prenume, nume*>, CNP..................................., posesor al CI seria....nr..................., eliberat de ...........................la data de.......................în calitate de reprezentant legal/împuternicit al <*denumire solicitant/partener*>, declar pe proprie răspundere, cunoscând prevederile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, că proiectul <*titlul*> pentru care se solicită finanțare din <*numele mecanismului de finanțare*> în cadrul apelului de proiecte <*denumirea apelului*>:

• Proiectul propus spre finanțare (în întregime sau parțial) nu face obiectul unei alte solicitări de sprijin financiar care să acopere aceleași costuri;

• Proiectul propus spre finanțare (în întregime sau parțial) nu a mai beneficiat, în ultimii 5 ani, de sprijin financiar care să fi acoperit aceleași costuri.

Data..................................

Semnătura ........................................

**Anexa 3**

**DECLARAȚIE DE CONSIMȚĂMÂNT**

**PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL**

Subsemnata/subsemnatul, <*prenume, nume*>, CNP..................................., posesor al CI seria....nr..................., eliberat de ...........................la data de....................... în calitate de reprezentant legal/împuternicit al <denumire solicitant/partener>, declar pe propria răspundere că îmi dau acordul cu privire la utilizarea şi prelucrarea datelor mele personale în scopul analizei cererii de acordare a avizului de oportunitate a finanțării proiectului <*titlul*> din <*numele mecanismului de finanțare*> în cadrul apelului de proiecte <*denumirea apelului*>:

Am luat la cunoștință faptul că refuzul meu determină refuzul operatorului/furnizorului de a incheia orice contract cu persoana mea sau de a-mi elibera documentele solicitate şi, în consecinţă, de a nu-mi furniza serviciile dorite.

 Am luat la cunoştinţă că datele vor fi tratate confidenţial, în conformitate cu prevederile Regulamentului general privind protecția datelor (RGPD) nr. 679 din 27.04.2016, privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date cu modificările si completările ulterioare.

Data..................................

Semnătura ........................................

Anexa 4 –

*conform Anexei 9 din HG 875/2011- Normele OUG 66/2011*

(pentru membrii comisiei)

**DECLARAȚIE PRIVIND EVITAREA CONFLICTULUI DE INTERESE**

Subsemnata/Subsemnatul <*prenume, nume*>...................................., în calitate de membru în Comisia .......................... desemnată prin Ordinul Ministrului Sănătății nr......../data................, cunoscând prevederile art. 326 din Codul Penal privitoare la falsul în declarații, declar pe propria răspundere, sub sancţiunea falsului în declaraţii, cunoscând prevederile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, că din informaţiile cunoscute până în acest moment **nu mă încadrez în situaţia în care exercitarea imparţială şi obiectivă a activităţii de analiză a cererii** (nr.............data.............., înregistrată la MS cu nr.............../data.....................) de acordare a avizului de oportunitate a finanțării proiectului <*titlul*> din <*numele mecanismului de finanțare*> în cadrul apelului de proiecte <*denumirea apelului*>, **este afectată** din motive care implică familia, viaţa afectivă, afinităţile politice sau naţionale, interesul economic sau orice alt interes personal direct sau indirect.

Mă oblig ca, în cazul în care intervin elemente care pot genera un potenţial conflict de interese, să informez imediat şeful ierarhic superior, conform prevederilor art. 11 din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 66/2011 privind prevenirea, constatarea şi sancţionarea neregulilor apărute în obţinerea şi utilizarea fondurilor europene şi/sau a fondurilor publice naţionale aferente acestora, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 142/2012, cu modificările şi completările ulterioare.

Totodată, declar că am luat cunoştinţă de prevederile legale privind conflictul de interese prevăzute de Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 66/2011, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 142/2012, cu modificările şi completările ulterioare, şi că nu mă aflu în nicio situaţie descrisă de art. 12 alin. (1) şi/sau art. 13 alin. (1) şi (2) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 66/2011, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 142/2012, cu modificările şi completările ulterioare.

    Semnătura ....................................

    Nume ...........................................

    Data .............................................

Anexa 5

**PROCESUL VERBAL DE ANALIZĂ A OPORTUNITĂȚII FINANȚĂRII**

**CU PROPUNERE DE ACORDARE/NEACORDARE A AVIZULUI**

**Nr............/data..................**

Comisia de evaluare a solicitărilor de acordare a Avizului de oportunitate pentru proiectele propuse în cadrul apelului........... ......................................., constituită în baza OMS nr....../data....... ,formată din

- Membru ..........................

- Membru ..........................

- Membru ..........................

- Secretar ................

S-a întrunit în data de ...............................pentru a analiza

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Cererea de acordare a *avizului de oportunitate*, numărul și data solicitantului
 |  |
| 1. Nr și data cererii în registrul comisiei:
 |  |
| 1. Denumirea solicitantului:
 |  |
| 1. Numele proiectului propus spre finanțare :
 |  |
| 1. Denumirea apelului de proiecte
 |  |

Procedura de analiză s-a desfășurat cu respectarea metodologiei stabilite prin OMS nr............./data ........................privind aprobarea *Metodologiei de acordare a avizului de oportunitate în vederea implementării proiectelor de investiții în infrastructura publică a unităților sanitare care tratează pacient critic, cu finanţare din Programul Sănătate.*

Comisia a solicitat și a primit/nu a primit următoarele clarificări și/sau în completare următoarele documente: ................................... *(se completează dacă este cazul).*

În urma analizării tuturor acestor documente care însoțesc cererea, ***comisia constată că*** ***finanțarea proiectului propus este oportună*** deoarece se aliniază și este susținută de următorul/următoarele documente strategice: <*se indică denumirea și articolul/ pragraful/capitolul*>.

**SAU**

În urma analizei acestor documente ce alcătuiesc dosarul cererii, ***comisia constată că*** ***finanțarea proiectului propus nu este oportună*** deoarece nu se aliniază și/sau nu este susținută de următorul/următoarele documente strategice: <*se indică denumirea și articolul/ pragraful/capitolul*>

**SAU**

În urma analizei acestor documente ce alcătuiesc dosarul cererii, ***comisia constată că*** ***finanțarea proiectului propus nu este oportună*** deoarece.............. *(solicitantul nu a furnizat clarificările și/sau documentele solicitate în completarea cererii, astfel că nu s-a putut determina oportunitatea investiției/ au mai fost realizate sau urmează a fi realizate investiții similare/etc. )*

Astfel, având în vedere cererea nr........./data................., înregistrată la Ministerul Sănătății cu nr............../data............., a solicitantului......................., și analiza realizată cu privire la aceasta, **Comisia propune acordarea/ neacordarea Avizului de oportunitate a finanțării proiectului** ................................................

**Semnături**

- Membru ..........................

- Membru ..........................

- Membru ..........................

- Secretar ................

**Data**................................................

Anexa nr. 6

**Nr.........................data.........................**

**AVIZ DE OPORTUNITATE A FINANȚĂRII PROIECTULUI**

În urma analizării cererii nr. ................/................., înregistrată la Ministerul Sănătății cu nr.........../.................înaintată de < *denumirea solicitantului*>...................... cu privire la evaluarea oportunității de finanțare a proiectului <*titlul*> din Programul Sănătate, în cadrul apelului de proiecte <*denumirea apelului*>, vă comunicăm că

**Ministerul Sănătății AVIZEAZĂ FAVORABIL** finanțarea acestui proiect.

**MINISTRUL SĂNĂTĂȚII**

**Semnătura..................**

Anexa nr. 7

**ADRESA DE INFORMARE CU PRIVIRE LA**

**NEACORDAREA AVIZULUI DE OPORTUNITATE**

**Către,**

<*denumirea solicitantului*>

În urma analizării cererii nr. ................/................., înregistrată la Ministerul Sănătății cu nr.........../.................înaintată de <*denumirea solicitantului*>......................**cu privire la evaluarea oportunității de finanțare a proiectului** <*titlul*> din Programul Sănătate, în cadrul apelului de proiecte <*denumirea apelului*>, vă comunicăm că

**Ministerul Sănătății NU AVIZEAZĂ FAVORABIL** finanțarea acestui proiect din următoarele motive:

În urma analizării documentelor care însoțesc cererea, ***comisia constată că*** ***finanțarea proiectului propus nu este oportună*** deoarece nu se aliniază și/sau nu este susținută de următorul/următoarele documente strategice: <*se indică denumirea și articolul/ pragraful/capitolul*>

**SAU**

În urma analizei documentelor care însoțesc cererea, ***comisia constată că*** ***finanțarea proiectului propus nu este oportună*** deoarece.............. *(solicitantul nu a furnizat clarificările și/sau documentele solicitate în completarea cererii, astfel că nu s-a putut determina oportunitatea investiției/ au mai fost realizate sau urmează a se realiza investiții similare)*

**Solicitantul poate formula contestație în termen de maxim 2 zile lucrătoare de la comunicarea prezentei, conform prevederilor secțiunii 4. PROCEDURA DE ACORDARE A AVIZULUI, pct.3.7 din Metodologia de acordare a avizului de oportunitate în vederea implementării proiectelor de investiții în infrastructura publică a unităților sanitare care tratează pacient critic, cu finanţare din Programul Sănătate**

**Semnături**

- Membru ..........................

- Membru ..........................

- Membru ..........................

- Secretar ................

**Data**................................................

Anexa nr. 8

**CONTESTAȚIA ÎMPOTRIVA**

**NEACORDĂRII AVIZULUI DE OPORTUNITATE**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Denumirea solicitantului:**
 |  |
| 1. **Numărul cererii de acordare a avizului de oportunitate:**
 |  |
| 1. **Numărul cu care cererea s-a înregistrat la Ministerul Sănătății:**
 |  |
| 1. **Numele proiectului propus spre finanțare**
 |  |
| 1. **Numărul adresei de informare cu privire la neacordarea avizului de oportunitate**
 |  |

Ne întemeiem contestația pe următoarele informații/argumente și/sau documente suplimentare:

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

Reprezentant legal/Împuternicit: *prenume, nume*...............................

Funcția...............................

Data ..................................

Semnătura ........................................

Anexa 9

**PROCESUL VERBAL DE SOLUȚIONARE A CONTESTAȚIEI**

**ÎMPOTRIVA NEACORDĂRII AVIZULUI DE OPORTUNITATE**

**Nr............/data..................**

Comisia de analiză a contestațiilor depuse împotriva neacordării avizului de oportunitate în vederea implementării proiectelor de investiții în infrastructura publică a unităților sanitare care tratează pacient critic, cu finanţare din Programul Sănătate, în cadrul apelului........... ......................................., constituită în baza OMS nr....../data....... formată din

- Membru ..........................

- Membru ..........................

- Membru ..........................

- Secretar ................

S-a întrunit în data de ...............................pentru a analiza

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Contestația împotriva neemiterii *avizului de oportunitate*, numărul și data solicitantului
 |  |
| 1. Nr și data contestației în registrul comisiei:
 |  |
| 1. Denumirea solicitantului:
 |  |
| 1. Numele proiectului propus spre finanțare :
 |  |

Procedura de analiză a contestației s-a desfășurat cu respectarea metodologiei stabilite prin OMS nr............./data ........................privind aprobarea *Metodologiei de acordare a avizului de oportunitate în vederea implementării proiectelor de investiții în infrastructura publică a unităților sanitare care tratează pacient critic, cu finanţare din Programul Sănătate.*

În urma analizării tuturor documentelor care însoțesc cererea, ***comisia constată că*** ***finanțarea proiectului propus este oportună*** deoarece se aliniază și este susținută de următorul/următoarele documente strategice: <*se indică denumirea și articolul/ pragraful/capitolul*>.

**SAU**

În urma analizării documentelor care însoțesc cerer~~ea~~, ***comisia constată că*** ***finanțarea proiectului propus nu este oportună*** deoarece nu se aliniază și/sau nu este susținută de următorul/următoarele documente strategice: <*se indică denumirea și articolul/ pragraful/capitolul*>

**SAU**

În urma analizei documentelor care însoțesc cererea, ***comisia constată că*** ***finanțarea proiectului propus nu este oportună*** deoarece.............. *(solicitantul nu a furnizat clarificările și/sau documentele solicitate în completarea cererii, astfel că nu s-a putut determina oportunitatea investiției/ au mai fost realizate sau urmează a se realiza investiții similare/etc. )*

Astfel, având în vedere cererea nr........./data................., înregistrată la Ministerul Sănătății cu nr............../data............., a solicitantului......................., și analiza realizată cu privire la aceasta **Comisia propune soluționarea contestației prin acordarea/neacordarea Avizului de oportunitate pentru proiectul.................**

**Semnături**

- Membru ..........................

- Membru ..........................

- Membru ..........................

- Secretar ................

**Data**................................................