

Образац О-5

ЗАХТЕВ ЗА РАСПОДЕЛУ И КОРИШЋЕЊЕ СРЕДСТАВА ФОНДА РАДИ ФИНАНСИРАЊА ПОСЛОВА ИЗ ЧЛАНА 3. ТАЧКА 2) ПОДТАЧКА (2) ОВОГ ПРАВИЛНИКА

I. ОПШТИ ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА

Пуно пословно име	
Седиште и адреса	
Матични број (МБ)	
Порески идентификациони број (ПИБ)	
Број рачуна	
Подаци о одговорном лицу:	
име и презиме	
функција	
број телефона	
број факса	
електронска адреса	

II. САДРЖИНА ЗАХТЕВА

Предмет захтева (врста послова за уговарање)	
Износ тражених средстава Фонда (динара без ПДВ-а)	
Износ сопственог учешћа (динара без ПДВ-а)	

III. ДОКУМЕНТАЦИЈА КОЈА СЕ ПОДНОСИ УЗ ЗАХТЕВ ЗА РАСПОДЕЛУ И КОРИШЋЕЊЕ СРЕДСТАВА ФОНДА

Доказ да је инвеститор уписан у одговарајући регистар	број:	
	датум:	
Акт оснивача о давању сагласности на годишњи програм пословања, уколико је инвеститор правно лице чији је оснивач јединица локалне самоуправе	број:	
	датум:	
Пројектни задатак за израду техничке документације	број:	
	датум:	
Доказ о обезбеђењу сопствених средстава (извод из програма пословања предузећа или извод из одлуке о буџету или одлуке о привременом финансирању јединице локалне самоуправе са позицијом на којој су предвиђена средства за суфинансирање израде конкретне техничке документације)	број:	
	датум:	
Изјава одговорног лица којом потврђује под пуном материјалном и кривичном одговорношћу да позиција на којој су предвиђена средства за суфинансирање пројеката садржи средства за објекат за који се подноси захтев	број:	
	датум:	
Водни услови за идејни пројекат и пројекат за	број:	

грађевинску дозволу	датум:	
Акт надлежног органа на основу којег се одобрава извођење радова на изградњи и реконструкцији водних објеката за сакупљање, одвођење и пречишћавање отпадних вода и заштиту вода у јавној својини за пројекат за извођење радова	број:	
	датум:	
Водна сагласност за пројекат за извођење радова за објекте за које се, у складу са законом којим се уређују воде, водна сагласност прибавља ван обједињене процедуре	број:	
	датум:	
Акт општинског/градског завода за јавно здравље или републичког института за јавно здравље којим се потврђује постојање здравствени проблеми као последица неодговарајућег управљања отпадним водама	број:	
	датум:	
Изјава о очекиваним резултатима пројекта (процент прикључености на канализациону мрежу када се подноси захтев за изградњу постројења за пречишћавање отпадних вода)	број:	
	датум:	

Место и датум:

Подносилац захтева

име и презиме