Paramos inicijavimo, gavimo, teikimo, paramos apskaitos ir viešinimo tvarkos aprašo

4 priedas

**VŠĮ KLAIPĖDOS UNIVERSITETO LIGONINĖS**

**(JURIDINIO ASMENS KODAS 306207585)**

**PARAMOS PANAUDOJIMO ATASKAITA**

**Ataskaitos pateikimo data: 2024-06-18**

**1. INFORMACIJA APIE PARAMOS DAVĖJĄ IR PARAMOS SUTARTĮ**

|  |  |
| --- | --- |
| Paramos davėjo vardas ir pavardė arba pavadinimas  | UAB ,,Pharma DIA ,, |
| Paramos davėjo juridinio asmens kodas  | 304052894 |
| Tikslas, kuriam skiriama parama (jeigu buvo nurodytas) | Parama teikiama siekiant visuomenei naudingų tikslų ir Paramos gavėjo įstatuose nurodytų uždavinių ir funkcijų įgyvendinimui. |
| Paramos dalykas | Vaistiniai preparatai |
| Paramos sutarties pasirašymo data ir numeris (jei taikoma) | 2024-02-26 ,Nr.KULS-2024-32 |
| Paramos pradžios data | 2024-02-26 |
| Paramos pabaigos data | 2024-04-30 |
| Bendra paramos vertė, Eur | **0,02** |
| Jei per pastaruosius 2 (dvejus) metus gauta tokia pat parama (tokiu pat dalyku, pvz., vaistais, piniginėmis lėšomis ir kt.) iš šio paramos davėjo, šios paramos gavimo data | **-** |

**2. INFORMACIJA APIE PARAMOS DALYKO PANAUDOJIMĄ**

|  |
| --- |
| *Trumpai aprašykite, kaip buvo panaudota parama:* *aprašykite veiklą ir jos tikslą, kuriems panaudotas paramos dalykas, ir pasiektus rezultatus;* *nurodykite paramos dalyko sukurtą naudą ir vertę visuomenei, asmens sveikatos priežiūros įstaigai, tikslinėms grupėms, netiesioginiams naudos gavėjams ir kt.;* |
| Sveikatos priežiūros veiklai. Hepatospecifinis kontrastinis vaistinis preparatas išbandymui ir poreikio įvertinimui . |

**3. INFORMACIJA APIE PARAMOS, KAI PARAMAI TEIKIAMOS PINIGINĖS LĖŠOS, PANAUDOJIMĄ**

|  |  |
| --- | --- |
| Įstaigos vadovo įsakymo, kuriuo sudaryta Paramos komisija, registracijos numeris ir data, paramos skirstymo komisijos sprendimo (protokolo) registracijos numeris ir data. |  |
| *Prašome pateikti detalią informaciją apie paramos panaudojimą. Atskirose eilutėse turi būti detalizuota visa skirta parama.**Atskiroje išlaidų eilutėje būtina nurodyti paramos sumą, skirtą paramos viešinimui.* |
| **Išlaidų pavadinimas** | **Planuota išlaidų suma Eur** | **Faktiškai išleista suma, Eur** | **Pastabos**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Suma iš viso: |  |  |  |

**4. INFORMACIJA APIE NEFINANSINĖS PARAMOS ĮVERTINIMĄ**

|  |
| --- |
| *Atskirose eilutėse turi būti detalizuota visa skirta parama.**Atskiroje išlaidų eilutėje būtina nurodyti paramos sumą, skirtą viešinimui.* |
| **Gautos prekės, suteiktos paslaugos ar atliktų darbų trumpas aprašymas** | **Kiekis (apimtys)** | **Gautų prekių, suteiktų paslaugų ir atliktų darbų vertė, Eur** | **Pastabos**  |
| Resotran 540 mg/ml 1,5 ml sol. Inj. | 2 | 0,01 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Iš viso: | 2vnt | 0,02 |  |

**5. PARAMOS DALYKO VIEŠINIMAS**

|  |
| --- |
| *Trumpai aprašykite Paramos dalyko viešinimą, nurodykite, kaip gautą paramą pristatėte savo sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojams, visuomenei, kokią auditoriją informacija pasiekė, kokias viešinimo priemones naudojote. Nurodykite informacijos viešinimo datą ir aktualią internetinę svetainės nuorodą.*  |
|  |

**6. IŠVADOS, PASTABOS, PASIŪLYMAI PARAMOS DAVĖJUI (JEI JŲ YRA)**

|  |
| --- |
|  |

**7. PRIEDAI**

*Prie Paramos panaudojimo ataskaitos privalo būti pridėti pasiektus Paramos rezultatus patvirtinantys dokumentai (priėmimo – perdavimo aktai, nuotraukos, vaizdinė medžiaga ir pan.), jei parama suteikta piniginėmis lėšomis – ir išlaidas patvirtinantys dokumentai (pvz., kvitų, čekių, pridėtinės vertės mokesčio sąskaitų-faktūrų kopijos ir pan.).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Eil. Nr.** | **Dokumento pavadinimas** | **Lapų skaičius** | **Pastabos**  |
| 1. | Tikslinės paramos perdavimo-priėmimo aktas 2024-02-26.Sutartis Nr.KULS-2024-32 | 1 |  |
|  |  |  |  |