**Adresat:**

**Ministerstwo Zdrowia**

**Departament Oceny Inwestycji**

**ul. Miodowa 15**

**00-952 Warszawa**

|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZMIAN NR………. Z DNIA …………………..**  |
| ***Data wpływu formularza[[1]](#footnote-1)*** |  |
| ***Nazwa Realizatora*** |  |
| ***Nr umowy*** |  |
| ***Cel operacyjny NPZ (numer i nazwa)*** |  |
| ***Numer i nazwa zadania*** |  |
| **RODZAJ ZMIAN** |
| ***Dotyczy*** | ***Wybrać właściwe*** |
| Umowy |  |
| Załącznika nr 1 do umowy – *Plan rzeczowo-finansowy* |  |
| Załącznika nr 2 do umowy – *Harmonogram realizacji zadania* |  |
| Załącznika nr 8 do umowy – *Oświadczenie o kwalifikowalności podatku VAT* |  |
| Załącznika nr 10 do umowy – *Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru* |  |
| Załącznika nr 13 do umowy – *Oświadczenie o sprzęcie* |  |
| Inne (wymienić) |  |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PROPONOWANYCH ZMIAN** |
|  |
| **UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI WPROWADZENIA ZMIAN** |
|  |
| **ZESTAWIENIE PORÓWNAWCZE PROPONOWANYCH ZMIAN** |
| ***PRZED ZMIANĄ:*** | ***PO ZMIANIE:*** |
| 1. | … | 1. | … |
| 2. |  | 2. |  |
| 3. |  | 3. |  |
| 4. |  | 4. |  |
| … |  | … |  |
| **ZAŁĄCZNIKI, KTÓRE ULEGAJĄ ZMIANIE, ZAŁĄCZONE DO FORMULARZA** **/wypełnić, jeśli dotyczy/** |
| Umowa |  |
| Załącznik nr 1 do umowy – *Plan rzeczowo-finansowy* |  |
| Załącznik nr 2 do umowy – *Harmonogram realizacji zadania* |  |
| Załącznik nr 8 do umowy – *Oświadczenie o kwalifikowalności podatku VAT* |  |
| Załącznik nr 10 do umowy – *Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru* |  |
| Załącznik nr 13 do umowy – *Oświadczenie o sprzęcie* |  |
| Inne (wymienić) |  |
| **DATA** |  |
| **PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO REPREZENTACJI REALIZATORA** | **Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentacji Realizatora** *(właściwe wpisać)*/dokument podpisany elektronicznie/ |

1. Wypełnia Ministerstwo Zdrowia [↑](#footnote-ref-1)