**Załącznik nr 2**

**MINISTERSTWO ZDROWIA**

**Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia**

**ZLECENIE NR …….**

**z dnia ……**

Zleceniodawca: Skarb Państwa - Ministerstwo Zdrowia z siedzibą przy ul. Miodowej 15,

00-952 Warszawa

Zleceniobiorca: …………………………….

***Zgodnie z Umową ………………….. z dnia ……………………….……….. zlecam weryfikację wniosku o płatność złożonego w ramach projektu ………………………………………………………….w tym pierwszą weryfikację oraz maksymalnie trzykrotną weryfikację poprawionej i uzupełnionej wersji tego wniosku o płatność:***

wniosek o płatność nr: …………………………….

obejmujący okres: …………………………….

termin wykonania pierwszej weryfikacji wniosku o płatność: ………… dzień/dni roboczy/e

termin wykonania każdej kolejnej weryfikacji wniosku o płatność:
….. dzień/dni roboczy/ych od dnia otrzymania skorygowanych/uzupełnionych dokumentów

…………………………….. ……………………………

Zleceniobiorca Zleceniodawca

Podpis, data Podpis, data