**Nazwa Zleceniobiorcy**

**(pieczęć) Załącznik 2b**

**do umowy nr ……………………….**

**Rozliczenie stanowiące podstawę przekazania środków publicznych – dot. środków bieżące (§ 4210)**

**Nazwa programu:** Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021

**Nazwa zadania: odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez utworzenie sieci banków mleka kobiecego w 2018 roku**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wykonywany zakres rzeczowy zadań określonych w § 1 umowy (rodzaj sprzętu §4210) | Liczba wykonywanych zadań | Koszt  jednostkowy  (max, koszt nie może przekroczyć kosztu jednostkowego określonego w umowie - załącznik nr 1 – kolumna 4 | Koszt całkowity wykonanych zadań ogółem | % udziału własnego | Udział własny  (zł) | Dofinasowanie z  Ministerstwa Zdrowia (zł) | Faktura | | | Uwagi |
| Wartość brutto | Numer | Data wystawienia |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |

Sporządzający: ............................... podpis i pieczęć kierownika jednostki osoba upoważniona do reprezentacji Zleceniobiorcy  
Nr telefonu: …………………………….…. w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 6 ustawy  
Adres e-mail:………………..……………. z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości  
 (Dz. U. z 2018 r. poz. 395, z późn. zm.)   
 lub Głównego Księgowego

……………………………………..……………………………….. …………………………………………………………………………..