|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Zleceniobiorcy** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  | **Załącznik nr 3a** |
| **Końcowe rozliczenie merytoryczno - finansowe z realizacji umowy – dot. środków majątkowych (§ 6140)**  |  |  |
| 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** |  |  |  |
| Dotyczy umowy Nr:......................... |  |  |  |
| Wartość przyznanych środków § 2 ust. 2..................................................................zł |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Środki otrzymane z Ministerstwa Zdrowia .................................................................zł |  |  |  |  |  |  |  |
| Środki wydatkowane (otrzymane z Ministerstwa Zdrowia) .......................................zł |  |  |  |  |  |  |
| Środki podlegające zwrotowi: ....................................... Data zwrotu.............................zł |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wykonany zakres rzeczowy zadań określonych w § 1 ust 2 pkt 1umowy (rodzaj sprzętu §6140)** | **Umowa**  | **Faktura** | **Iloczyn zakupu i współczynnika P0**(Jeżeli koszt zakupu > kosztu planowanego (K) to podstawą do obliczeń jest koszt K) | **Koszt zakupu pomniejszony o wkład własny Zleceniobiorcy** | **Dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia** (Wartość z kol. 11 jednak nie wyższa niż określona w §2 ust. 2 umowy) (jeżeli wartość określona w kol. 11 > wartości z kol. 10 należy przyjąć wartości z kol. 10) | **Udział własny** | **% udziału własnego** |  |
| **Koszt planowany****(K)** | **Wysokość przyznanych środków w umowie** | **Ilość wykonanych zadań** | **Cena jednostkowa zakupu brutto** | **Wartość zakupu brutto** | **Data wystawienia**  | **Numer** |  **Data zapłaty faktury** | **Uwagi** |
| **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** |
|   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |
|   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |
|   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |
|   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |   |  |  |  |   |  |   |  |   |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miejscowość i data:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | podpis i pieczęć kierownika jednostki w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2018 r. poz. 395, z późn. zm.) lub Głównego Księgowego |  | osoba upoważniona do reprezentacji Zleceniobiorcy  |  |  |
| Sporządzający: ............................... |  |  |  |  |  |  |
| Nr telefonu: …………………….  |  |  |  |  |  |  |
| Adres e-mail: ……………………. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **…………………………………** |  | **…………………………** |  |  |