**Adresat:**

**Ministerstwo Zdrowia**

**Departament Oceny Inwestycji**

**ul. Miodowa 15**

**00-952 Warszawa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZMIAN NR………. Z DNIA …………………..** | | | |
| ***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 7 do umowy – *Oświadczenie o kwalifikowalności podatku VAT* | |  | |
| Załącznika nr 9 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 7 do umowy – *Oświadczenie o kwalifikowalności podatku VAT* | |  | |
| Załącznik nr 9 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/ | |