|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: ……………………. | | | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | | **…………………………………** | | | | | | | | | | |  | | **…………………………** | | | |  | |  | |