

Adresat:  
 Ministerstwo Zdrowia  
 Departament Równości w Zdrowiu  
 ul. Miodowa 15  
 00-952 Warszawa

FORMULARZ ZMIAN NR..... Z DNIA .....	
<i>Nazwa Realizatora</i>	
<i>Nr umowy</i>	
<i>Cel operacyjny NPZ (numer i nazwa)</i>	Cel Operacyjny nr 5 pn. <i>Wyzwania demograficzne</i>
<i>Numer i nazwa zadania</i>	<i>Poprawa sprawności funkcjonalnej i jakości życia osób starszych poprzez wspieranie profilaktyki sarkopenii u osób w wieku 60+, w zakresie Zadania nr 3 pn. Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych</i>
RODZAJ ZMIAN	
<i>Dotyczy</i>	<i>Wybrać właściwe</i>
Umowy	
Załącznika nr 1 do umowy – <i>Plan rzeczowo-finansowy</i>	
Załącznika nr 2 do umowy – <i>Harmonogram realizacji zadania</i>	
Załącznika nr 6 do umowy – <i>Oświadczenie o kwalifikowalności podatku VAT</i>	
Załącznika nr 8 do umowy – <i>Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru</i>	
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 - <i>Plan rzeczowo-finansowy</i>			
Załącznik nr 2 do umowy - <i>Harmonogram realizacji zadania</i>			
Załącznik nr 6 do umowy - <i>Oświadczenie o kwalifikowalności podatku VAT</i>			
Załącznik nr 8 do umowy - <i>Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru</i>			
Inne (wymienić)			
DATA			
PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO REPREZENTACJI REALIZATORA		Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentacji Realizatora <i>(właściwie wpisać)</i> /dokument podpisany elektronicznie/	