

Dotyczy Umowy nr: .....

Nazwa Realizatora zadania: .....

 Cel operacyjny NPZ: Cel operacyjny nr 5 pn. *Wyzwania demograficzne*

 Nazwa i numer zadania: *Wspierająca Przestrzeń Mieszkalna – opracowanie wytycznych dotyczących dostosowywania przestrzeni domowych dla osób z zaburzeniami poznawczymi i osób z chorobami otępiennymi, w zakresie Zadania nr 3 pn. Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych*

Plan wg Umowy:		Środki podlegające zwrotowi:	
Środki otrzymane z Ministerstwa Zdrowia:		Data zwrotu środków:	
Środki wydatkowane ( <i>otrzymane z Ministerstwa Zdrowia</i> )		Wykorzystanie kwoty przekazanej dotacji:	.....%

Lp.	Wykonany zakres rzeczowy działań zgodnie z Planem (nazwa działania)	Planowany koszt całkowity (dofinansowanie z Ministerstwo Zdrowia)	Środki wydatkowane z dotacji przekazanej przez Ministerstwo Zdrowia	Faktura/dokument finansowy uzasadniający wydatek				Uwagi
				Wartość brutto (w zł)	Numer	Data wystawienia	Data zapłaty	
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

.....									
	<b>Razem, w tym:</b>								
	% kosztów administracyjnych								
	koszty administracyjne w zł								
	% udziału własnego w kosztach								
	udział własny w zł								

*Podpis kierownika jednostki w rozumieniu  
art. 3 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U.  
z 2023 r. poz. 120, z późn. zm.) lub Głównego Księgowego*

(wpisać właściwe imię i nazwisko)  
/dokument podpisany elektronicznie/

*Podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Realizatora*

(wpisać właściwe imię i nazwisko)  
/dokument podpisany elektronicznie/

Miejscowość i data: .....

Sporządzający: .....

Nr. telefonu: .....

Adres poczty elektronicznej: .....