|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: **koordynacja opieki neonatologiczno-pediatrycznej na rzecz dzieci – ośrodek koordynujący dziecięcą opiekę koordynowaną (DOK) w roku 2018** | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
| 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 | | | | | | | | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **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** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | | **7** | | **8** | | **9** | | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** |
| 1 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| .... |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **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: ……………………. | | | |  |  | |  | |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  | | **…………………………………** | | | | | |  | **…………………………** | |  |  |  |