|  |
| --- |
| **WNIOSEK O WPROWADZENIE ZMIAN W UMOWIE** **REALIZOWANYM W RAMACH PROGRAMU NUTRITECH I****NUMER ……………[[1]](#footnote-1)** |
| NUMER UMOWY  |  |
| BENEFICJENT |  |
| TYTUŁ PROJEKTU |  |
| OKRES REALIZACJI PROJEKTU |  |
| DANE OSOBY DO KONTAKTU: | Imię i nazwisko |  |
| telefon |  |
| e-mail |  |
| Czy proponowane zmiany wymagają zmiany umowy w formie aneksu (należy zaznaczyć właściwe pole) | TAK\* | NIE |

\**Jeżeli zaproponowane zmiany wymagają zmiany umowy w formie aneksu, do wniosku należy dołączyć projekt aneksu do umowy (w wersjach papierowej- dwie kopie oraz elektronicznej – wysłanej na maila opiekuna projektu) lub elektronicznej opatrzony podpisem kwalifikowanym przekazanym przez e-PUAP, podpisany przez Instytucję Hostującą wraz z niezbędnymi załącznikami do aneksu.*

**ZESTAWIENIE PROPONOWANYCH ZMIAN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **PROPONOWANE ZMIANY W UMOWIE** |
| 1. | **Zapis Umowy przed zmianą\*:** |  |
| **Propozycja zapisu Umowy po zmianie:** |  |
| Uzasadnienie propozycji dokonania zmian: |
| ... | **Zapis Umowy przed zmianą\*:** |  |
| **Propozycja zapisu Umowy po zmianie:** |  |
| Uzasadnienie propozycji dokonania zmian: |

\**Proszę o wskazanie właściwego § , ust. i pkt Umowy, załącznika do Umowy lub odpowiedniego innego zapisu*

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU (*należy zaznaczyć odpowiednie pole/a oraz załączyć dokumenty, w których zostały uwzględnione proponowane zmiany*) |
| **Aneks wraz z załącznikami** |  |
| **Opis projektu** |  |
| **Harmonogram płatności** |  |
| **Inne (*należy wymienić poniżej*):**1. **……………………………………………………..**
2. **……………………………………………………..**
3. **……………………………………………………..**
 |  |

***Oświadczam, że przedstawione we wniosku informacje są dokładne i zgodne z prawdą. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 271 Kodeksu karnego, dotyczącej poświadczania nieprawdy, co do okoliczności mającej znaczenie prawne.***

------------------------------------------------------- -------------------------------------------------------

 **pieczęć firmowa data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej**

 **do reprezentowania Beneficjenta**

**Weryfikacja wstępna wniosku (wypełnia NCBR)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr wniosku o wprowadzenie zmian |  |
| Data wpływu wniosku |  |
| Imię i nazwisko osoby przyjmującej wniosek  |  |
| Podpis osoby przyjmującej wniosek |  |

1. Kolejny numer wniosku o zmianę/ rok złożenia wniosku o zmianę. [↑](#footnote-ref-1)