

Dotyczy Umowy nr:

Nazwa Realizatora zadania:

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

 Nazwa i numer zadania: *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*

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

Lp.	Wykonany zakres rzeczowy działań zgodnie z Planem (nazwa działania)	Planowany koszt całkowity (dofinansowanie z Ministerstwo Zdrowia)	Wydatkowany koszt całkowity	Dochód – jeśli dotyczy	Środki wydatkowane z dotacji przekazanej przez Ministerstwo Zdrowia (6=4-5)	Faktura/dokument finansowy uzasadniający wydatek				Uwagi
						Wartość brutto (w zł)	Numer	Data wystawienia	Data zapłaty	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
...										
Razem, w tym:										
% 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: