

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

FORMULARZ ZMIAN NR..... Z DNIA	
Nazwa Realizatora	
Nr umowy	
Cel operacyjny NPZ (numer i nazwa)	Cel Operacyjny nr 5 pn. Wyzwania demograficzne
Numer i nazwa zadania	Opracowanie i przygotowanie materiałów edukacyjno-treningowych wspierających funkcje poznawcze osób starszych, w zakresie Zadania nr 3 pn. Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych
RODZAJ ZMIAN	
Dotyczy	Wybrać właściwe
Umowy	
Załącznika nr 1 do umowy – Plan rzeczowo-finansowy	
Załącznika nr 2 do umowy – Harmonogram realizacji zadania	
Załącznika nr 6 do umowy – Oświadczenie o kwalifikowalności podatku VAT	
Załącznika nr 8 do umowy – Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru	
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 (właściwie wpisać) /dokument podpisany elektronicznie/	