....................................................................... …………………………………, …………………………..

Pieczątka jednostki organizacyjnej UMW Miejscowość i data

**W N I O S E K**

**o wyrażenie zgody na finansowanie umowy cywilno-prawnej w ramach projektu finansowanego z subwencji na utrzymanie i rozwój potencjału badawczego w 2021 r.[[1]](#footnote-1)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NAZWA JEDNOSTKI: | | |
| NR PROJEKTU SIMPLE: | | |
| TYTUŁ PROJEKTU: | | |
| KIEROWNIK PROJEKTU (imię i nazwisko, tel., e-mail): | | |
| KIEROWNIK JEDNOSTKI (imię i nazwisko, tel., e-mail): | | |
| WARTOŚĆ PROJEKTU: | | |
| **Rodzaj umowy:** | | Umowa o dzieło / Umowa zlecenia\* |
| **Imię i nazwisko osoby, z którą będzie podpisana umowa:** | |  |
| **Czy wskazana osoba jest pracownikiem UMW?** | | Tak / Nie\* |
| **Czy wskazana osoba jest studentem UMW?** | | Tak / Nie\* |
| **Przedmiot umowy:** | |  |
| **Zakres prac:** | |  |
| **Termin realizacji umowy:** | |  |
| **Całkowita wartość umowy:** | |  |
| **Kategoria kosztu,  z której mają zostać przeniesione środki:** | |  |
| **% wartości projektu** | |  |
| **Uzasadnienie:** | | |
| Kierownik Jednostki | ...................................................... *Pieczątka i podpis kierownika jednostki* | |
| CZP | Zweryfikowano pod względem Potwierdzam kwalifikowalność/  merytoryczno-finansowym. Nie potwierdzam kwalifikowalności\*  …………………………………………………………. …………….……………………………………………  Pieczątka i podpis pracownika CZP Pieczątka i podpis pracownika CZP | |
| Prorektor ds. Nauki | Decyzja Prorektora ds. Nauki  wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*    …………………………………………………………………  Pieczątka i podpis Prorektora ds. Nauki | |

\*Niepotrzebne skreślić

1. Zgodnie z § 10, pkt 3 Zarządzenia nr 271/XVI R/2020 Rektora Uniwersytetu Medycznego   
   we Wrocławiu z dnia 14 grudnia 2020 r. w sprawie zasad finansowania i realizacji zadań z subwencji   
   na utrzymanie i rozwój potencjału badawczego w 2021 roku. [↑](#footnote-ref-1)