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

Pieczątka jednostki organizacyjnej UMW Miejscowość i data

**W N I O S E K**

**o wyrażenie zgody na finansowanie zlecenia wykonania usługi podmiotowi zewnętrznemu   
w ramach projektu finans. z subwencji na utrzymanie i rozwój potencjału badawczego w 2021 r.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: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | **Nazwa usługi\*\*** | | **Koszt jednostkowy (PLN)** | **Jednostka miary** | | **Ilość** | **Wartość (PLN)** | **% wartości projektu** |
|  | |  |  | |  |  |  |
| Kategoria kosztu, z której mają zostać przeniesione środki: | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | | | | | |
| Kierownik Jednostki | ………........................................................ Pieczątka i podpis kierownika jednostki | | | | | | |
| CZP | Zweryfikowano pod względem  merytoryczno-finansowym.  ………………………………………………………….  Pieczątka i podpis pracownika CZP | | | Informacje dodatkowe | | | |
| **Prorektor ds. Nauki** | Decyzja Prorektora ds. Nauki  wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*  …………………………………………………………………  Pieczątka i podpis Prorektora ds. Nauki | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. | **Nazwa usługi** | | **Koszt jednostkowy (PLN)** | **Jednostka miary** | | **Ilość** | **Wartość (PLN)** | **% wartości projektu** |
|  | |  |  | |  |  |  |
| Kategoria kosztu, z której mają zostać przeniesione środki: | | | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | | | | | |
| Kierownik Jednostki | ………........................................................ Pieczątka i podpis kierownika jednostki | | | | | | |
| CZP | Zweryfikowano pod względem  merytoryczno-finansowym.  ………………………………………………………….  Pieczątka i podpis pracownika CZP | | | Informacje dodatkowe | | | |
| **Prorektor ds. Nauki** | Decyzja Prorektora ds. Nauki  wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*  …………………………………………………………………  Pieczątka i podpis Prorektora ds. Nauki | | | | | | |

\*Niepotrzebne skreślić

\*\*Tabele można powielać