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

Pieczątka jednostki organizacyjnej UMW Miejscowość i data

**W N I O S E K**

**o wyrażenie zgody na przesunięcie środków pomiędzy kategoriami zatwierdzonego budżetu w Zadaniu realizowanym w ramach Strategii rozwoju Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu w latach 2024-2026 pt.: „UMW w Świetle Doskonałości Naukowej 2024-2026”**

|  |
| --- |
| NAZWA JEDNOSTKI: |
| NR PROJEKTU SIMPLE: |
| TYTUŁ PROJEKTU: |
| KIEROWNIK ZADANIA (imię i nazwisko, tel., e-mail) : |
| WARTOŚĆ ZADANIA: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wartość środków planowanych do przeniesienia (PLN)** | | **% wartości projektu** |
|  | |  |
| Kategoria kosztu, z której mają zostać przeniesione środki: | | |
| Kategoria kosztu, na którą mają zostać przeniesione środki: | | |
| Uzasadnienie: | | |
| Kierownik Zadania | ………........................................................ Pieczątka i podpis  Kierownika Zadania | |
| DBiK | Potwierdzam / nie potwierdzam\* możliwości przesunięcia środków:  ………………………………………….  *Data i podpis pracownika Działu Budżetowania i Kosztów* | |
| CZP | Informacje dodatkowe: | |
| CZP | Zweryfikowano pod względem zgodności ze Strategią i Regulaminem.  Rekomenduję / nie rekomenduję do wyrażenia zgody\*  ………………………………………………………….  *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