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

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: |
| KierownikZadania |  ………........................................................Pieczątka i podpisKierownika 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