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

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 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 PROJEKTU: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa usługi** | **Koszt jednostkowy (PLN)** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Wartość (PLN)** | **% wartości projektu** |
|  |  |  |  |  |  |
| Kategoria kosztu, z której mają zostać przeniesione środki: | | | | | |
| Uzasadnienie: | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Kierownik Zadania | ………........................................................ Pieczątka i podpis  Kierownika Zadania |
| DBiK | Potwierdzam / nie potwierdzam\* dostępność 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