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

Pieczątka jednostki organizacyjnej UMW Miejscowość i data

**W N I O S E K**

**o wyrażenie zgody na finansowanie umowy cywilnoprawnej 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: | | |
| **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 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