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

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