Załącznik nr 4

do Umowy wsparcia

(zał. nr 5 do Zarządzenia nr 24/XVI R/2022

Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

z dnia 21 lutego 2022 r.)

Wniosek rozliczeniowy dla zaliczek

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DANE KANDYDATA | | |
| Imię (imiona) |  | |
| Nazwisko |  | |
| Numer umowy wsparcia |  | |
| Łączna kwota przekazanych zaliczek (do dnia złożenia wniosku) w ramach umowy wsparcia |  | |
| Łączna kwota rozliczanych zaliczek (do dnia złożenia wniosku) – z uwzględnieniem kwot przedstawianych w niniejszym wniosku |  | |
| Wykaz wydatków w ramach bieżącego rozliczenia | Nazwa wydatku oraz numer dokumentu potwierdzającego poniesienie wydatku | Kwota rozliczana w ramach Grantu |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| Łącznie: |  |
| Podpis Uczestnika | ………………… ………………  Data, miejsce Podpis | |
| 🞏 Zatwierdzam rozliczenie  🞏 Nie zatwierdzam (podać uzasadnienie):……………… | …………………. …………………………..  Data, miejsce Podpis Przedstawiciela Kapituły | |

**Do wniosku prosimy załączyć kopie dowodów księgowych (dokumentów potwierdzających poniesienie wydatków).**