

Załącznik nr 4 do umowy Harmonogram płatności<sup>1</sup>

HARMONOGRAM PŁATNOŚCI

109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ  
ul. ks. Piotra Skargi 9-11  
70-965 Szczecin  
RPZP.07.07.00-32-N033/20  
Nazwa i adres Beneficjenta  
Nazwa i nr projektu

Szczecin, 02.10.2020 r.

(miejsce i data)

Rok	Kwartał	Miesiąc	Wydatki kwalifikowalne <sup>2</sup>	Dofinansowanie <sup>3</sup>
2020	IV	październik	0,00	440 800,00
	Suma kwartał		0,00	440 800,00
Razem dla rok 2020			0,00	440 800,00
2021	I	styczeń	440 800,00	0,00
	Suma kwartał I		440 800,00	0,00
Razem dla rok 2021			440 800,00	0,00
Ogółem			440 800,00	440 800,00

<sup>1</sup> Harmonogram płatności powinien zostać sporządzony w ujęciu maksymalnie kwartalnym. Istnieje możliwość rozbięcia harmonogramu na miesiące kalendarzowe. W projektach bez wkładu własnego w kolumnę „Wkład własny” wpisać 0.

<sup>2</sup> Należy podać kwotę wydatków kwalifikowalnych, które Beneficjent planuje rozliczyć we wnioskach o płatność składanych w danym okresie. O przyporządkowaniu określonej kwoty wydatków do konkretnego miesiąca/kwartału nie decyduje moment faktycznego poniesienia wydatku przez Beneficjenta.

<sup>3</sup> Należy podać kwotę transzy dofinansowania, o którą wnioskować będzie Beneficjent w przedkładanych w danym miesiącu/kwartałe wnioskach o płatność.

