



AGENCJA  
BADAŃ  
MEDYCZNYCH

## HARMONOGRAM PŁATNOŚCI

z dnia podpisania Umowy

Nazwa i adres Beneficjenta: .....

Nazwa i numer Projektu: .....

Nr transzy	Planowany termin przekazania płatności (MM.RRRR) <sup>1</sup>	Kwota transzy dofinansowania	Okres za jaki składany będzie raport (od ... do ...) (DD.MM.RRRR – DD.MM.RRRR)	Kwota planowanych wydatków do rozliczenia
Transza 1				
Transza 2				
Transza 3				
Transza 4				
Transza 5				
...				
Ogółem				

<sup>1</sup> Należy wskazać miesiąc następujący po miesiącu kończącym okres, za jaki składany jest raport.