

# Załącznik nr 1. Przykładowy harmonogram płatności - zaliczki



AGENCJA  
BADAŃ  
MEDYCZYNYCH

## HARMONOGRAM PŁATNOŚCI z dnia DD.MM.RRRR

Należy wskazać datę aktualizacji dokumentu

Nazwa i adres Beneficjenta:

*Beneficjent, ul. XXXX 1, 01-000 Warszawa*

Należy podać tytuł Projektu i jego numer zgodnie z aktualnym wnioskiem o dofinansowanie

Nazwa i numer projektu:

*Nazwa projektu z aktualnego Wniosku o dofinansowanie zatwierdzonego przez ABM, nr projektu*

Nr transzy	Data przekazania płatności (mm.rrrr)*	Kwota transzy dofinansowania	Okres za jaki składany będzie raport (od ... do... )	Kwota planowanych wydatków do rozliczenia
Transza 1	07.2021	2 500 000,00 zł		
Transza 2	nd	0,00 zł	01.07.2021-30.09.2021	500 000,00 zł
Transza 3	04.2020	4 000 000,00 zł	01.10.2021-31.03.2022	2 000 000,00 zł
Transza 4	10.2021	3 000 000,00 zł	01.04.2022-30.09.2022	2 400 000,00 zł
Transza 5	nd	500 000,00 zł	01.10.2022-31.03.2023	4 000 000,00 zł
Transza 6	nd	0,00 zł	01.04.2023 - 30.09.2023	1 100 000,00 zł
<b>Ogółem</b>		<b>10 000 000,00 zł</b>		<b>10 000 000,00 zł</b>

Data rozpoczęcia realizacji Projektu

Planowane wydatki w okresach w ramach których jest wnioskowanie o zaliczkę – należy wyliczyć na poziomie min. 60% wydatkowania środków.

Proszę zwrócić uwagę na zaokrąglenia

\* Należy wskazać miesiąc następujący po miesiącu kończącym okres za jaki składany jest raport.

I okres – 3 miesiące

Kolejne okresy – 6 miesięcy

Ostatni okres – 6 lub < licząc do daty zakończenia Projektu

Data zakończenia realizacji Projektu

Kwota musi być spójna z wartością dofinansowania Projektu

**Kwalifikowany podpis elektroniczny - przez osobę upoważnioną do reprezentowania jednostki**