



AGENCJA
BADAŃ
MEDYCZNYCH

HARMONOGRAM PŁATNOŚCI

Nazwa i adres Lidera Konsorcjum:

Nazwa i numer Projektu:

Nr transzy	Prognozowany termin wypłaty (mm.rrrr) ¹	Kwota transzy dofinansowania		Okres za jaki składany będzie raport (od ... do ...)
		Zaliczka	Refundacja	
Transza 1				
Transza 2				
Transza 3				
Transza 4				
Transza 5				
...				
Ogółem				

¹ W przypadku płatności w formie **zaliczki** należy wskazać miesiąc następujący po miesiącu kończącym okres za jaki składany jest raport. W przypadku **refundacji** należy wskazać termin nie krótszy niż 2 miesiące od zakończenia okresu za jaki składany jest raport. **W przypadku raportu końcowego należy wskazać termin refundacji nie krótszy niż 4 miesiące od zakończenia okresu sprawozdawczego.**