



AGENCJA  
BADAŃ  
MEDYCZNYCH

## HARMONOGRAM PŁATNOŚCI

Nazwa i adres Lidera Konsorcjum: .....

Nazwa i numer Projektu: .....

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

<sup>1</sup> 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.**