



AGENCJA
BADAŃ
MEDYCZNYCH

HARMONOGRAM PŁATNOŚCI

z dnia podpisania Umowy

Nazwa i adres Lidera Konsorcjum:

Nazwa i numer Projektu:

Nr transzy	Data przekazania płatności (mm.rrrr) ¹	Kwota transzy dofinansowania	Okres za jaki składany będzie raport (od ... do ...)	Kwota planowanych wydatków do rozliczenia
Transza 1				
Transza 2				
Transza 3				
Transza 4				
Transza 5				
...				
Ogółem				

¹ Należy wskazać miesiąc następujący po miesiącu kończącym okres za jaki składany jest raport.