



AGENCJA
BADAŃ
MEDYCZNYCH

HARMONOGRAM PŁATNOŚCI

z dnia podpisania Umowy

Nazwa i adres Beneficjenta:

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.