



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) <sup>1</sup>	Kwota transzy dofinansowania		Okres za jaki składany będzie raport (od ... do ...)	Kwota planowanych wydatków do rozliczenia
		Zaliczka	Refundacja		
Transza 1					
Transza 2					
Transza 3					
Transza 4					
Transza 5					
...					
Ogółem					

<sup>1</sup> Należy wskazać miesiąc następujący po miesiącu kończącym okres za jaki składany jest raport.