Załącznik nr 5 do Umowy nr ….. z dnia ……

**FORMULARZ ZMIANY WNIOSKU O POWIERZENIE GRANTU**

**w ramach projektu pn.: „Lepsza przyszłość. Wsparcie pomorskiej psychiatrii”**

|  |  |
| --- | --- |
| Wypełnia Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego | |
| Data wpływu |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **DANE GRANTOBIORCY** – wypełnia Grantobiorca | | |
| **Grantobiorca** |  | |
| **Imię i nazwisko, stanowisko osoby reprezentującej wnioskodawcę** |  | |
| **Numer umowy i data jej zawarcia** |  | |
| **Termin realizacji grantu zgodnie z Umową** (zgodnie z umową) |  | |
| **Imię i nazwisko osoby do kontaktów roboczych** |  | |
| stanowisko | adres e-mail | telefon |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **OPIS PROPONOWANYCH ZMIAN WNIOSKU** | |
| *Proszę wskazać powody i zakres zmian mających istotny wpływ na realizację Grantu, dotyczących np.:*   * *aktualizacji zadań planowanych do realizacji;*   *w uzasadnionych przypadkach:*   * *planowanych przesunięć w budżecie;* * *zmiany wartości;* * *zmiany terminu realizacji Grantu*     …………………………………………………………………………………………………………..…………….. | |
| **Zmiana terminu realizacji grantu** |  |
| **Niżej należy przedstawić zaktualizowany zakres wsparcia z uwzględnieniem:**   * wszystkich dotychczas zgłoszonych zmian - zarówno zatwierdzonych na podstawie złożonych Formularzy zmian Wniosku o powierzenie Grantu, jak i opisanych w złożonych Sprawozdaniach częściowych z realizacji Grantu - zgodnie z zapisami §10 ust. 10-13); * ewentualnych nowo zaplanowanych form wsparcia. | |