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 §10ust. 10-13);
* ewentualnych nowo zaplanowanych form wsparcia.
 |