Załącznik nr 3

do Umowy wsparcia

(zał. nr 5 do Zarządzenia nr 24/XVI R/2022

Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

z dnia 21 lutego 2022 r.)

Wniosek o wypłatę zaliczki

|  |
| --- |
| DANE KANDYDATA |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Numer wniosku grantowego |  |
| Numer umowy wsparcia |  |
| Wnioskowana kwota zaliczki |  |
| Podpis Uczestnika | ………….. …………...Data, miejsce Podpis  |
| Numer wniosku o wypłatę zaliczki (nadany przez Realizatora) |  |
| 🞏 Zatwierdzam do wypłaty🞏 Nie zatwierdzam wniosku do wypłaty zaliczki (podać uzasadnienie):……………… | ……………… …………………………….Data, miejsce Podpis Przedstawiciela Kapituły |