



**Załącznik nr 2 do umowy nr
z dnia**

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia

**ZLECENIE NR ...
z dnia 2016 r.**

Zleceniodawca: Skarb Państwa - Ministerstwo Zdrowia z siedzibą przy ul. Miodowej 15, 00-952 Warszawa

Zleceniobiorca:

Zgodnie z Umową z dnia zlecam weryfikację wniosku o płatność złożonego w ramach projektuw tym pierwszą weryfikację oraz maksymalnie trzykrotną weryfikację poprawionej i uzupełnionej wersji tego wniosku o płatność:

wniosek o płatność nr:

obejmujący okres:

termin wykonania pierwszej weryfikacji wniosku o płatność: dzień/dni roboczy/e

termin wykonania każdej kolejnej weryfikacji wniosku o płatność:

..... dzień/dni roboczy/ych od dnia otrzymania skorygowanych/uzupełnionych dokumentów

.....
Zleceniobiorca
Podpis, data

.....
Zleceniodawca
Podpis, data