

**LISTA SPRAWDZAJĄCA KOMPLETNOŚĆ DOKUMENTÓW
WYMAGANYCH NA ETAPIE SPORZĄDZANIA UMOWY O DOFINANSOWANIE**
Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko - Pomorskiego na lata 2014-2020
Oś priorytetowa 9. Solidarne społeczeństwo
Działania 9.3 Rozwój usług zdrowotnych,
w ramach **Europejskiego Funduszu Społecznego**

Arkusz wypełniony przez:

Imię i nazwisko osoby sprawdzającej

DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU

Numer wniosku o dofinansowanie	
Nazwa Grantobiorcy	
NIP	

	Kryterium oceny kompletności dokumentów do umowy:	TAK	NIE	N/D
1.	Harmonogram płatności			
	dokument został poprawnie wypełniony			
	dokument został podpisany przez osobę/osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy			
2.	Wzór upoważnienia do przetwarzania danych osobowych			
	dokument został podpisany przez osobę/osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy			
3.	Wzór odwołania upoważnienia do przetwarzania danych osobowych			
	dokument został podpisany przez osobę/osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy			
4.	Źródła finansowania projektu			
	dokument został poprawnie wypełniony			
	dokument został podpisany przez osobę/osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy			
5.	Wzór oświadczenia uczestnika Projektu			
	dokument został podpisany przez osobę/osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy			
6.	Oświadczenie o kwalifikowalności podatku od towarów i usług			
	dokument został poprawnie wypełniony			
	dokument został podpisany przez osobę/osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy			
7.	Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania			
	dokument został podpisany przez osobę/osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy			
8.	Obowiązki informacyjne grantobiorcy			
	dokument został podpisany przez osobę/osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy			

Suma kontrolna: 10122021-GvO

9.	Pełnomocnictwo uprawniające do podpisania umowy o dofinansowanie w przypadku, gdy Wnioskodawca reprezentowany jest przez pełnomocnika (zgodnie ze wzorem udostępnionym przez Grantodawcę)			
	dostarczono skan/oryginał prawidłowo sporządzonego pełnomocnictwa			
	pełnomocnictwo zostało podpisane przez upoważnione osoby			
11.	Wzór Harmonogramu wsparcia			
	dokument został podpisany przez osobę/osoby uprawnione do reprezentacji Wnioskodawcy			

Uwagi:

Sporządził:

Data i czytelny podpis

Zweryfikował:

Data, pieczęć i podpis Z-cy Dyrektora Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia

Zatwierdził:

Data, pieczęć i podpis Dyrektora Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia