

**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