

**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	

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

Suma kontrolna: 10122021-GvO

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