**ZLECENIE W RAMACH WSPÓŁPRACY NAUKOWO-BADAWCZEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| Numer projektu  |   |
| Tytuł projektu |  |
| Miejsce realizacji projektu |   |
| Kierownik Projektu*(imię, nazwisko, e-mail, tel.)* |  |
| Skład Zespołu badawczego |  |
| Liczba uczestników objętych badaniem |  |
| Daty rozpoczęcia i zakończenia projektu |   |
| Wykaz standardowych procedur medycznych finansowanych przez NFZ |  |
|  |
|  |
| Wykaz ponadstandardowych procedur medycznych | Nazwa procedury | Liczba  | Kwota | Razem |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Kwota zlecenia razem:**  |  |
| Ośrodek kosztów USD |  |
| Załączniki: | Opis projektu |  |

Podpis Kierownika Projektu ……………………………………………………………….

Zatwierdzam: ……………………………………………………………….

*podpis Dyrektora Szpitala*

Zatwierdzam: ……………………………………………………………….

 *podpis Z-cy Kwestora UJ ds. CM*