**Wniosek typu II o dofinansowanie zakupu**

do Fundacji Towarzystwo Przyjaciół Centrum Zdrowia Dziecka

im. dr Jolanty Chmielik z dnia..............................

**na konto Fundacji wpłynęły środki materialne ze wskazaniem na wnioskodawcę/grantu (nr grantu), z których ma być dokonany zakup** …………………………………………………………………………

**Wnioskodawca** (Tytuł lub stopień́ naukowy, imię̨, nazwisko, nr. tel.): …………………………………………………………………………

Klinika/Oddział/Poradnia/Pracownia …………………………………………………………………………

**Przedmiot zakupu**  …………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

**Uzasadnienie**

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

**Koszty zakupu:**

Oferta 1 producent, kwota brutto …………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

Oferta 2 producent, kwota brutto …………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

Oferta 3 producent, kwota brutto …………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

Podpis wnioskodawcy…………………………………………………

**Opinia bezpośredniego przełożonego**

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

**Potwierdzenie środków przez księgowego fundacji** ……………………

**Opinia Działu Zakupów/ Działu Zarządzania Infrastrukturą/ Działu Aparatury Medycznej**

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

**Opinia przedstawiciela Dyrekcji IP CZD**

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

UWAGA! Wnioskodawca zobowiązuje się, pod rygorem cofnięcia pozytywnej decyzji Zarządu Fundacji, do złożenia w Fundacji krótkiej notki informacyjnej z realizacji wniosku w terminie 7 dni.

/podpis Wnioskodawcy/ ……………………………………………………

Załączniki (niepotrzebne skreślić́):

1. Przykładowe trzy różne oferty na zakup urządzenia, którego wniosek dotyczy
2. Inne

OPINIA ZARZĄDU FUNDACJI Warszawa………………….