**Metryka projektu**

**Załącznik nr 2**do
 Regulaminu realizacji projektów badawczych i badawczo-rozwojowych
finansowanych ze środków zewnętrznych w Narodowym Instytucie Onkologii
im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym

**krajowego / międzynarodowego / finansowanego z funduszy europejskich**

**Rodzaj projektu: naukowo-badawczy, inwestycyjny, szkoleniowo/dydaktyczny, dotyczący zdrowia publicznego \***

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł i akronim projektu: |  |
| Nr umowy o dofinansowanie: |  |
| Data zawarcia umowy: |   |
| Nazwa programu: |   |
| Data ogłoszenia konkursu: |   |
| Instytucja wdrażająca/finansująca: |   |
| **Kierownik Projektu** |   |
| (imię, nazwisko, jednostka organizacyjna, email, tel.): |
| Okres realizacji projektu: | od ………………r. do……………r. |
| Okres ponoszenia wydatków: | od ………………r. do……………r. |
| Okres trwałości projektu: | od ………………r. do……………r. |
| Całkowita wartość projektu |   |
| Przyznana kwota dofinansowania |   |
| Wymagany wkład własny  |   |
| Procent kosztów pośrednich |   |
| Kwota kosztów pośrednich |   |
| Sposób rozliczania środków (wniosek o płatność, raport, zestawienie wydatków, faktura, nota):  |   |
| Terminy wniosków o płatność  |   |
| Terminy raportów okresowych: |   |
| Termin raportu końcowego: |   |
| Terminy i rodzaje raportów w okresie trwałości (jeśli dotyczy) |   |
| Termin zwrotu niewykorzystanych środków |   |
| Termin zwrotu odsetek: |   |
| Nr wydzielonego rachunku bankowego (jeżeli dotyczy): |   |
| Nr wydzielonego rachunku refundacyjnego (jeżeli dotyczy): |   |
| Nr wydzielonego rachunku zaliczkowego (jeżeli dotyczy): |   |
| Nr wydzielonego rachunku na koszty pośrednie projektu |   |
| Okres przechowywania dokumentów księgowych: |   |
| Konto pozabilansowe  |   |
| **Opiekun administracyjny projektu (pracownik Jednostki Kompetencyjnej)** |   |
| (imię, nazwisko, Jednostka Kompetencyjna, email, tel.): |
| Pracownicy innych jednostek organizacyjnych, odpowiedzialni za obsługę projektu |   |
| (nazwa jednostki, imię, nazwisko, email): |
| Projekt partnerski – NIO-PIB koordynator: skład partnerstwa |   |
| Projekt partnerski –NIO-PIB partner: nazwa koordynatora |   |
| **Kierownik Projektu Partnerskiego** (imię, nazwisko, instytucja, email, tel.): |   |
| Wskaźniki projektu (produktu, rezultatu, oddziaływania) |   |
| Inne informacje istotne dotyczące realizacji projektu: |   |

**Sporządził:**

……………………… …………………………………………………………………

*Data*  ***Pracownik Jednostki Kompetencyjnej***

**Zatwierdził:**

……………………… …………………………………………………………

*Data*  ***Kierownik Jednostki Kompetencyjnego***

……………………… …………………………………………………………

*Data*  ***Kierownik Projektu***

……………………… …………………………………………………………………

*Data*  ***Główny Księgowy***