**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***