(Anexa 10) Nr. /

**NOTIFICARE**

**privind modificare MINORĂ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Componenta** | C12 – Sănătate  □ | C7- Transformare digitală  □ |
| **Investiția specifică:** |  | |
| **Titlul proiectului:** |  | |
| **Nr contract finanțare** |  | |
| **Notificarea nr.**  **(notificări emise până în acest moment)** | 1 | |
| ... | |
| ... | |
| **Beneficiar:** |  | |
| **CUI beneficiar** |  | |
| **Persoana de contact:**  **Date de contact (telefon):** |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Contractul de finanţare** | **Ultimul act adiţional aprobat** | **Prezentul act adiţional** |
| **Valoarea totală a proiectului** |  |  |  |
| **Valoarea eligibilă a proiectului** |  |  |  |
| **Durata** |  |  |  |
| **Data de finalizare** |  |  |  |

Prin prezenta, comunicăm Ministerului Sănătății/DIMPNRR modificarea intervenită în/cu privire la...

***Menţionăm că textul notificării propuse nu afectează scopul și obiectivele proiectului, indicatorii de rezultat, valoarea maxima a finanțării nerambursabile prevăzute in contractul de finanțare și nici factorii de evaluare care au stat la baza acordării finantarii nerambursabile şi se realizează în conformitate cu prevederile contractului de finanţare***

În susţinerea celor afirmate mai sus, vă trimitem ataşat prezentei, următoarele documente (enumerare cu titlu orientativ):

1. ordin numire......
2. .....................

**Manager de proiect/ Reprezentantului legal/** Împuternicit desemnat**:**

**(Nume si prenume, funcție)**

**Semnătura: ...........**

**Data: ...........**