



Załącznik 11 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Akademia Kompetencji Menadżera odpowiedzią na zmiany gospodarcze w woj. zachodniopomorskim, lubuskim, dolnośląskim wielkopolskim” nr WND POWR.02.21.00- 00-AM19/20

WNIOSEK O ROZLICZENIE USŁUGI ROZWOJOWEJ- DIAGNOZY POTRZEB ROZWOJOWYCH

w ramach projektu

„Akademia Kompetencji Menadżera odpowiedzią na zmiany gospodarcze w woj. zachodniopomorskim, lubuskim, dolnośląskim wielkopolskim”

nr Projektu: POWR.02.21.00-00-AM19/20

FORMULARZ PROSIMY UZUPEŁNIĆ KOMPUTEROWO LUB RĘCZNIE DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ „X”. Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól. W polach formularza, które nie mogą zostać wypełnione ze względu na specyfikę danego zgłoszenia należy wpisać „nie dotyczy”.

Informacje dotyczące przyjęcia Wniosku (wypełnia Operator)

Data wpływu wniosku	
Forma dostarczenia (osobiście/pocztą/kurierem)	

I. Dane dotyczące przedsiębiorstwa	
Pełna nazwa przedsiębiorstwa	
NIP	
ID wsparcia (nadane przez Operatora, wskazany w Umowie wsparcia)	
Numer Umowy wsparcia	
Data Umowy wsparcia	

UWAGA: Wszelkie **wydatki poniesione** przez Przedsiębiorcę **przed zawarciem Umowy wsparcia** zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa **są niekwalifikowalne.**

II. Rozliczenie usług rozwojowych zgodnie z zatwierdzonym Wykazem (Załącznik 1 A do Umowy wsparcia)					
Numer usługi (zgodnie z Kartą usługi)	Tytuł usługi (zgodnie z Kartą usługi)	Nr faktury/rachunku	Data wystawienia faktury/rachunku	Kwota netto usługi rozwojowej na fakturze/rachunku	Kwota brutto usługi rozwojowej na fakturze/rachunku
Wnioskowana kwota refundacji¹ (po odjęciu od kosztu <u>netto</u> usługi rozwojowej wkładu własnego Przedsiębiorstwa)					

¹ Dofinansowanie usługi rozwojowej nie uwzględnia podatku od towarów i usług (VAT) tj. kwota refundacji powinna zostać obliczona od kwoty netto usługi rozwojowej.



10. przedsiębiorstwo, które reprezentuję, nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami,
11. jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Miejscowość i data	Podpis/y osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Przedsiębiorstwa (podpis/y czytelny/e lub pieczęć/i imienna/e i parafka/i)	Pieczęć firmy

UWAGA: Podpis musi pozwalać na jednoznaczną identyfikację osoby, która go złożyła tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis lub parafkę + pieczęć z imieniem i nazwiskiem Przedsiębiorcy.

Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego.



WNIOSEK O ROZLICZENIE USŁUGI ROZWOJOWEJ Z ZAKRESU KOMPETENCJI MENADŻERSKICH
WYNIKAJĄCEJ Z DIAGNOZY POTRZEB ROZWOJOWYCH (dot. pojedynczej usługi rozwojowej)

w ramach projektu

„Akademia Kompetencji Menadżera odpowiedzią na zmiany gospodarcze w woj. zachodniopomorskim, lubuskim, dolnośląskim wielkopolskim”

nr Projektu: POWR.02.21.00-00-AM19/20

FORMULARZ PROSIMY UZUPEŁNIĆ KOMPUTEROWO LUB RĘCZNIE DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ „X”. Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól. W polach formularza, które nie mogą zostać wypełnione ze względu na specyfikę danego zgłoszenia należy wpisać „nie dotyczy”.

Informacje dotyczące przyjęcia Wniosku (wypełnia Operator)

Data wpływu wniosku	
Forma dostarczenia (osobiście/pocztą/kurierem)	

I. Dane dotyczące przedsiębiorstwa	
Pełna nazwa przedsiębiorstwa	
NIP	
ID wsparcia (nadane przez Operatora, wskazany w Umowie wsparcia)	
Numer Umowy wsparcia	
Data Umowy wsparcia	

UWAGA: Wszelkie wydatki poniesione przez Przedsiębiorcę przed zawarciem Umowy wsparcia zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa są niekwalifikowalne.

II. Rozliczenie usługi rozwojowej zgodnie z zatwierdzonym Wykazem (Załącznik 1 B do Umowy wsparcia)								
Lp. ⁴	Imię i nazwisko Uczestnika/czki	PESEL	Numer usługi (zgodnie z Kartą usługi)	Tytuł usługi (zgodnie z Kartą usługi)	Nr faktury/rachunku	Data wystawienia faktury/rachunku	Kwota netto usługi rozwojowej na fakturze/rachunku przypadająca na uczestnika	Kwota brutto usługi rozwojowej na fakturze/rachunku przypadająca na uczestnika
1								
2								
3								

⁴ Proszę dodać wiersze w przypadku większej liczby Pracowników.



8. nie występuje podwójne finansowanie rozliczanych niniejszym wnioskiem usług rozwojowych zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa,
9. nie byłam(-em) karana(-y) za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
10. przedsiębiorstwo, które reprezentuję, nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami,
11. jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Miejscowość i data	Podpis/y osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Przedsiębiorstwa (podpis/y czytelny/e lub pieczęć/i imienna/e i parafka/i)	Pieczęć firmy

UWAGA: Podpis musi pozwalać na jednoznaczną identyfikację osoby, która go złożyła tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis lub parafkę + pieczęć z imieniem i nazwiskiem Przedsiębiorcy.

Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego.