........................................................

 *(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)*

**STAROSTA MONIECKI**

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Mońkach**

**WNIOSEK**

O REFUNDACJĘ KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA

STANOWISKA PRACY

na zasadach określonych w art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019 r., poz. 1482 z późn. zm.), Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej
z dnia 14 lipca 2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1380) oraz Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013).

**INFORMACJA:**

* Prosimy o dokładne i czytelne wypełnienie niniejszego wniosku.
* Wniosek niekompletny i zawierający błędy formalne nie podlega ocenie merytorycznej i nie będzie rozpatrywany.
* Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania środków.
* Od negatywnego stanowiska Starosty (Dyrektora PUP) nie przysługuje odwołanie.
* Wniosek rozpatrzony negatywnie bądź nie rozpatrzony z powodu braków nie podlega zwrotowi.
1. **DANE DOTYCZĄCE PODMIOTU**
	1. Wnioskodawca jest: *(właściwe zaznaczyć)*
* **podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą** (*w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej)*
* **niepubliczną szkołą** *(prowadzenie działalności na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty)*
* **niepublicznym przedszkolem** *(prowadzenie działalności na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty)*
	1. Dane adresowe Wnioskodawcy:
		+ - 1. Nazwa lub imię i nazwisko, w przypadku osoby fizycznej: ………………………………………

............................................................................................................................................................

* + - * 1. Adres siedziby albo adres miejsca zamieszkania: ……………...…………………………..………
				2. Adres korespondencyjny …………………………………………….…………….……………….
	1. NIP....................................................... REGON ...............................................................................

PESEL *(dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą)*….……………………..

* 1. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) oraz jego opis:
		+ - 1. Kod PKD wiodący (wraz z opisem): ………………………………………………………………

* + - * 1. Kod/ kody PKD (wraz z opisem) związane z tworzonym stanowiskiem pracy: ………………….

* 1. Rachunek bankowy (*nazwa banku i numer konta)*….….....................................................................

.............................................................................................................................................................

* 1. Forma prawna: …………………………...……………………..…………………….………………
	2. Data rozpoczęcia działalności: ……………………………………………......................................
	3. Okresy zawieszenia działalności w ciągu ostatnich 12 miesięcy: ………………………………….

………………………………………………………………………………………………………

* 1. Forma opodatkowania:
* karta podatkowa
* pełna księgowość …………………
* ryczałt od przychodów ewidencjonowanych % …………………
* zasady ogólne: opodatkowanie wg skali podatkowej (18% /32%) ………………
* zasady ogólne: opodatkowanie wg stawki liniowej 19%
	1. Wielkość przedsiębiorstwa:
* mikroprzedsiębiorca
* małe
* średnie
* duże

Zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (WE) 800/2008 z dnia 06.08.2008:

1. Do kategorii mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (MŚP) należą przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR a /lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR.
2. W kategorii MŚP małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR.
3. W kategorii MŚP mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR.
	1. Rodzaj prowadzonej działalności *(proszę opisać czym zajmuje się firma, jaki produkt/usługę oferuje):*……………………………………………………………………………...……………… .............................…............................................................................................................................

............................................................................................................................................................

.............................…............................................................................................................................

.............................…............................................................................................................................

* 1. Określić czy działalność prowadzona jest w sektorze drogowego transportu towarów:

**TAK / NIE *(właściwe zaznaczyć)***

Odpowiedź przeczącą należy zaznaczyć w przypadku, gdy:

- beneficjent pomocy de minimis w ogóle nie prowadzi działalności gospodarczej w sektorze drogowego transportu towarów albo

- prowadząc jednocześnie działalność gospodarczą w sektorze drogowego transportu towarów oraz inną działalność gospodarczą, posiada on rozdzielność rachunkową działalności prowadzonej w sektorze transportu drogowego zapobiegającą ewentualnym przypadkom subsydiów krzyżowych, a udzielona pomoc de minimis przeznaczona jest wyłącznie na działalność inną niż działalność w sektorze transportu drogowego.

Rozdzielność rachunkowa określonej działalności gospodarczej polega na prowadzeniu odrębnej ewidencji dla tej działalności gospodarczej oraz prawidłowym przypisywaniu przychodów i kosztów na podstawie konsekwentnie stosowanych i mających obiektywne uzasadnienie metod, a także określeniu w dokumentacji, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2009 r. Nr 152, poz. 1223, z późn. zm.), zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów.

* 1. Kondycja finansowa Wnioskodawcy: czy na bieżąco dokonywane są rozliczenia z Urzędem Skarbowym i ZUS, inne daniny publiczne – **TAK/ NIE *(właściwe zaznaczyć)***
	2. Stan zatrudnienia w dniu składania wniosku (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy) ogółem:...................., z tego na podstawie:

- umowy o pracę na czas nieokreślony .............................

- umowy o pracę na czas określony ..................................

* 1. Liczba zatrudnionych pracowników (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)
	w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających miesiąc złożenia wniosku:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **m-c / rok** |  |  |  |  |  |  |
| **Liczba osób** |  |  |  |  |  |  |

* 1. W przypadku rozwiązania stosunku pracy z pracownikami w okresie ostatnich 6 miesięcy, proszę o podanie sposobu rozwiązania umowy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data rozwiązania umowy** | **Liczba osób** | **Sposób rozwiązania umowy***(np. wypowiedzenie dokonane przez pracodawcę, porozumienie stron z przyczyn niedotyczących pracowników, itd.)* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/ osób upoważnionych do reprezentowania firmy (w tym do zawierania umów) : ……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..…………..

* 1. Imię i nazwisko osoby do kontaktu: ………………………………………….telefon:……….……

#  PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI

* poręczenie
* weksel z poręczeniem wekslowym (aval)
* gwarancja bankowa
* zastaw na prawach lub rzeczach
* blokada rachunku bankowego
* akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika
1. INFORMACJA O WSPÓŁPRACY Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY
	1. Czy podmiot zgłasza niesubsydiowane oferty pracy do Powiatowego Urzędu Pracy
	w Mońkach?............... *Jeżeli tak, proszę, podać liczbę zgłoszonych ofert pracy
	w poszczególnych latach:*

w 2017 r. …………..

w 2018 r. …………..

w 2019 r. …………..

### Czy podmiot korzystał w okresie ostatnich trzech lat ze środków Funduszu Pracy (oferty subsydiowane) .......................... *Jeżeli tak, to proszę wypełnić poniższą tabelę*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forma pomocy** | **Okres od - do** | **Liczba miejsc pracy** | **Liczba osób zatrudnionych po wygaśnięciu umowy z PUP** | **w tym: na dzień złożenia wniosku *(pracujące w chwili obecnej, po wygaśnięciu umowy z PUP)*** |
| **Prace interwencyjne** |  |  |  |  |
| **Staż**  |  |  |  |  |
| **Wyposażenie** **lub doposażenie stanowiska** |  |  |  |  |
| **Refundacja części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 r. ż.** |  |  |  |  |
| **Dotacja na rozpoczęcie działalności gospodarczej** |  |  |  |  |
| **Inne (jakie?) ……………….****……………………………….** |  |  |  |  |

1. **DANE DOTYCZĄCE PLANOWANYCH STANOWISK PRACY DLA BEZROBOTNYCH W RAMACH WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**
2. Liczba wyposażanych lub doposażonych stanowisk pracy ………………………………...……….
3. Wnioskowana kwota refundacji ......................(słownie....................................................................)
4. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowane osoby ………….....................................

.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

Nazwa zawodu *(zgodnie z Klasyfikacją zawodów i specjalności)*…………………………….……………………………………………………… i kod zawodu …………….…………….……

Nazwa stanowiska …………………………………………………………………………………..

1. Miejsce wykonywania pracy...............................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………

1. Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinna spełniać skierowana osoba ……………………………. .............................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Proponowane miesięczne wynagrodzenie brutto.................................................................................
2. Okres planowanego zatrudnienia osoby (liczba miesięcy) …….……………………………………
3. Wymiar czasu pracy w przypadku zatrudnienia opiekuna osoby niepełnosprawnej………………...
4. Uzasadnienie potrzeby utworzenia nowego stanowiska pracy, zatrudnienia nowego pracownika
.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................. .............................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie dla stanowiska:****………………………………….** | **Kwota wydatków ogółem** | **w tym:** |
| **w ramach wnioskowanej kwoty** | **w ramach środków własnych** | **w ramach innych źródeł (podać jakie)** |
| 1. Maszyny i urządzenia, oprogramowanie
 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2. Inne wydatki |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |

# V. KALKULACJA WYDATKÓW NA WYPOSAŻENIE LUB DOPOSAŻENIE POSZCZEGÓLNYCH STANOWISK PRACYI ŹRÓDŁA ICH FINANSOWANIA\*

\**w przypadku wyposażenia/doposażenia kilku stanowisk pracy należy wypełnić oddzielnie dla każdego stanowiska*

# SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA WYDATKÓW DOTYCZĄCYCH WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY\*

(w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii)

|  |
| --- |
| **Nazwa stanowiska: …………………………………………………………..** |
| Lp. | Rodzaj zakupuUWAGA: Należy zaznaczyć rzeczy używane oraz nabywane na zasadach leasingu | **Liczba sztuk** | **Kwota ogółem (brutto)****w ramach refundacji** | **Uzasadnienie zakupu**UWAGA: Należy wypełnić dla każdego wskazanego w kolumnie 2 zakupu. Ponadto, należy uzasadnić zakup rzeczy używanych oraz nabywanych na zasadach leasingu |
|
| **1.** |  | **nowy/****używany\*\*** |  |  |  |
| **2.** |  | **nowy/****używany\*\*** |  |  |  |
| **3.** |  | **nowy/****używany\*\*** |  |  |  |
| **4.** |  | **nowy/****używany\*\*** |  |  |  |
| **5.** |  | **nowy/****używany\*\*** |  |  |  |
| **6.** |  | **nowy/****używany\*\*** |  |  |  |
| **7.** |  | **nowy/****używany\*\*** |  |  |  |
| **8.** |  | **nowy/****używany\*\*** |  |  |  |
| **9.** |  | **nowy/****używany\*\*** |  |  |  |
| **10.** |  | **nowy/****używany\*\*** |  |  |  |
| **SUMA:** |  |  |

\**w przypadku wyposażenia/doposażenia kilku stanowisk pracy należy wypełnić oddzielnie dla każdego stanowiska*

*\*\* niepotrzebne skreślić*

**UWAGA:**

* 1. Zakupy wyszczególnione w specyfikacji powinny być opisane w sposób jasny i zrozumiały.
	2. Wnioskodawca może dołączyć do wniosku oferty handlowe dotyczące zakupów wskazanych
	w szczegółowej specyfikacji wydatków. Urząd zastrzega sobie prawo do żądania przedstawienia ofert,
	w przypadku wątpliwości odnoszących się do wymienionych we wniosku zakupów oraz cen wskazanego wyposażenia.
	3. Dokumentami dopuszczalnymi przy rozliczeniu się z poniesionych kosztów są faktury lub rachunki wystawione przez podmioty gospodarcze.
	4. W przypadku zakupu rzeczy używanych Wnioskodawca zobowiązany będzie dostarczyć deklarację pochodzenia oraz oświadczenie poprzedniego właściciela o fakcie, iż zakupiona rzecz nie była w ciągu ostatnich siedmiu lat współfinansowana z pomocy UE lub w ramach dotacji
	z krajowych środków publicznych. **Cena zakupu nie może przekraczać jego wartości rynkowej i powinna być niższa od ceny podobnego nowego sprzętu. Do wniosku należy dołączyć dokument potwierdzający wartość rynkową nowego sprzętu/rzeczy o identycznych lub podobnych parametrach (np. katalog, ulotka reklamowa, oferta z e- sklepu, itp.). W razie wystąpienia wątpliwości, co do wiarygodności zapłaconej ceny, właściwości zakupionej rzeczy, Urząd zastrzega sobie prawo żądania opinii rzeczoznawcy.**
	5. W przypadku zakupu na zasadach leasingu Wnioskodawca zostanie zobowiązany do dostarczenia umowy leasingowej.
	6. W przypadku faktur wystawionych w języku obcym niezbędnym jest dostarczenie tłumaczenia tych dokumentów przez tłumacza przysięgłego na język polski, a koszty tłumaczenia ponosi Wnioskodawca. Przeliczenie wartości zakupu w walucie obcej na PLN będzie następowało w oparciu o średni kurs walut z dnia dokonania płatności, ogłoszony przez Narodowy Bank Polski. W sytuacji, gdy w dniu tym nie był ogłoszony średni kurs waluty obcej należy przyjąć kurs
	z ostatniego dnia roboczego poprzedzającego dzień dokonania płatności.
	7. Wnioskodawca będący płatnikiem VAT będzie zobowiązany do zwrotu równowartości odliczonego lub zwróconego, zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów
	i usług (Dz. U. z z 2017 r. poz. 1221), podatku naliczonego dotyczącego zakupionych towarów
	i usług w ramach przyznanej refundacji, w terminie:
1. nie dłuższym niż 90 dni od dnia złożenia deklaracji podatkowej dotyczącej podatku od towarów i usług, w której wykazano kwotę podatku naliczonego z tego tytułu – w przypadku gdy z deklaracji za dany okres rozliczeniowy wynika kwota podatku podlegająca wpłacie do urzędu skarbowego lub kwota do przeniesienia na następny okres rozliczeniowy,
2. 30 dni od dnia dokonania przez urząd skarbowy zwrotu podatku – w przypadku gdy z deklaracji podatkowej dotyczącej podatku od towarów i usług, w której wykazano kwotę podatku naliczonego z tego tytułu, za dany okres rozliczeniowy wynika kwota do zwrotu.

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Wniosku, załącznikach do Wniosku
oraz oświadczeniach są zgodne z prawdą.**

 ............................................... ........................................................

 *(miejscowość i data***)** *( podpis podmiotu lub osób uprawnionych*

 *do reprezentowania podmiotu)*

Oświadczenie

 *Oświadczam co następuje:*

1. Spełniam warunki określone w Rozporządzeniu MRPiPS z dnia 14 lipca 2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1380) do otrzymania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego.
2. Nie zmniejszałem(am) wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązałem(am) stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez pracodawcę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.
3. Nie zmniejszę wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiążę stosunku pracy z pracownikiem
w drodze wypowiedzenia dokonanego przez pracodawcę bądź na mocy porozumienia stron
z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
4. Prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,
przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej, a w przypadku przedszkola i szkoły – prowadzeniu działalności
na podstawie ustawy z dnia z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.
5. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz
z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
6. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
7. Nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
8. Nie byłem(am) karany(am) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U.
z 2016 r. poz. 1137, z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r.
o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2016 r. poz. 1641, z późn. zm.).
9. Jestem świadomy, że przyznane środki Funduszu Pracy na refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy stanowią pomoc de minimis w rozumieniu przepisów Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013) i spełniam warunki zawarte w w/w przepisach.
10. Nie otrzymałem(am) decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej
w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
11. Nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek
o likwidację.

 ............................................... ........................................................

 *(miejscowość i data*) *( podpis podmiotu lub osób uprawnionych*

 *do reprezentowania podmiotu)*

 **Załączniki do wniosku:**

1. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy publicznej (załącznik nr 1) oraz kserokopie zaświadczeń o uzyskanej przez Wnioskodawcę w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych pomocy de minimis,
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis,
3. W przypadku spółki cywilnej kserokopie dokumentów poświadczających formę prawną (umowa spółki),
4. Oświadczenie współmałżonka wnioskodawcy (dotyczy spółek cywilnych, osobowych, osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą)
5. Inne dokumenty mające związek z planowanym stanowiskiem pracy, jego wyposażeniem lub doposażeniem (np. oferty handlowe dotyczące zakupów wskazanych w szczegółowej specyfikacji wydatków, zdjęcia lub wizualizacje planowanych zakupów).

**UWAGA:**

* + *Wniosek niekompletny i zawierający błędy formalne nie podlega ocenie merytorycznej i nie będzie rozpatrywany.*
	+ *Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem.*

**Załącznik nr 1**

do Wniosku o refundację kosztów wyposażenia

 lub doposażenia stanowiska pracy

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O OTRZYMANEJ POMOCY PUBLICZNEJ**

Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych:

* *nie otrzymałem(am) pomocy de minimis\**
* *otrzymałem(am) pomoc de minimis w wysokości.................................... euro i dołączam kserokopie, potwierdzone za zgodność z oryginałem, zaświadczeń o pomocy de minimis uzyskanej w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku\**

\*- właściwe zaznaczyć

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Data udzielenia pomocy** | **Nr umowy** | **Nazwa instytucji udzielającej pomocy** | **Kwota w euro****netto/brutto** | **Cel przeznaczenia pomocy** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** |  |  |

 ............................................... .............................................................

 *(miejscowość i data*)*( podpis podmiotu lub osób uprawnionych*

*do reprezentowania podmiotu)*