|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data wpływu wniosku** | | | **WNIOSEK\***  **o wypłatę refundacji kosztów usługi rozwojowej w ramach projektu Akademia Menadżera MŚP**  **\* wniosek dotyczy pojedynczej usługi rozwojowej** | | | | | | |
| **Nazwa przedsiębiorstwa** | | |  | | | | | | |
| **NIP przedsiębiorstwa** | | |  | | | | | | |
| **Numer usługi**  (zgodnie z kartą usługi z BUR) | | |  | | | | | | |
| **Tytuł usługi**  (zgodnie z kartą usługi z BUR) | | |  | | | | | | |
| **Lp.** | **Dokumenty do wypłaty refundacji** | | | **Tak / Nie / Nie dotyczy** | | | | | **Ilość sztuk** |
| **1** | **Oryginał faktury**  *zawierający co najmniej:*  *nazwę i numer usługi, liczbę godzin usługi rozwojowej, ID wsparcia, dane uczestników/-ów: imię, nazwisko* | | | Tak | | Nie | Nie dotyczy | |  |
| **2** | **Potwierdzenie zapłaty**  za usługę rozwojową z konta przedsiębiorstwa | | | Tak | | Nie | Nie dotyczy | |  |
| **3** | **Zaświadczenie/ Certyfikat-y/ Suplement do zaświadczenia/certyfikatu**  (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem)  *zawierające co najmniej: nazwę i numer usługi, ID wsparcia, dane przedsiębiorstwa, dane dot. uczestnika usługi, datę świadczenia usługi, liczbę godzin usługi, informacje na temat efektów uczenia się* | | | Tak | | Nie | Nie dotyczy | |  |
| **4** | **Umowa z firmą realizującą rozliczaną usługę**  (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem)  *zawierająca co najmniej: nazwę i numer usługi, ID wsparcia, dane przedsiębiorstwa, datę i miejsce świadczenia usługi, liczbę osób korzystających z usługi i wartość usługi* | | | Tak | | Nie | Nie dotyczy | |  |
| **5** | **Ankieta oceniająca usługę** (wydruk z BUR)  wypełniona przez uczestnika/-ów usługi - pracowników przedsiębiorstwa | | | Tak | | Nie | Nie dotyczy | |  |
| **6** | **Ankieta oceniająca usługę** (wydruk z BUR)  wypełniona przez Przedsiębiorcę | | | Tak | | Nie | Nie dotyczy | |  |
| **7** | **W przypadku usług doradczych** dokument potwierdzający zrealizowanie usługi np. raport/analiza/diagnoza  (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem)  *(proszę wpisać rodzaj załączonego dokumentu)* | | | Tak | | Nie | Nie dotyczy | |  |
|  | | |
| **8** | **Inne** np. świadectwo kwalifikacji, wydruk z platformy do prowadzenia usługi za pomocą e-learningu  (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem)  *(proszę wpisać rodzaj załączonego dokumentu)* | | | Tak | | Nie | Nie dotyczy | |  |
|  | | |
| **Wszystkie oryginały dokumentów przekazanych z niniejszym wnioskiem po dokonaniu refundacji kosztów usługi rozwojowej zostaną do Państwa odesłane listem poleconym za potwierdzeniem odbioru.** | | | | | | | | | |
| **Wnioskuję o refundację kosztów usługi rozwojowej wskazanej w niniejszym wniosku na rachunek bankowy przedsiębiorstwa:** | | | | | | | | | |
| **Proszę o wpisanie numeru konta bankowego** | |  | | | | | | | |
| **Koszt usługi rozwojowej (brutto / netto)** | |  | | | **Oświadczam, iż przedsiębiorstwo jest płatnikiem podatku VAT** | | | Tak  Tak, zwolniony  Nie | |
| **Oświadczam, że osoby korzystające z rozliczanej usługi rozwojowej uczestniczyły**  **w co najmniej 80% zajęć.** | | | | | | | | Tak  Nie | |
| **Data, pieczątka firmy, czytelny podpis (lub podpis z pieczątką imienną) osoby/osób uprawnionych**  **do reprezentowania przedsiębiorstwa** | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Weryfikacja formalna wniosku (realizowana przez Stowarzyszenie „Centrum Rozwoju Ekonomicznego Pasłęka”)** | | | |
| **Data weryfikacji** |  | **Podpis osoby dokonującej weryfikacji** |  |