



Załącznik nr XXX do umowy
„Kompetencje z automatyzacji dla transformacji cyfrowej MŚP z makroregionu 2”

WNIOSEK O REFUNDACJĘ

do projektu

Kompetencje z automatyzacji dla transformacji cyfrowej MŚP z makroregionu 2

realizowanego w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027
Działanie 01.03 Kadry nowoczesnej gospodarki

przez Operatora: **Stowarzyszenie Ostrowskie Centrum Wspierania Przedsiębiorczości**

Numer Projektu: **FERS.01.03-IP.09-0130/25**

NAZWA PRZEDSIĘBIORSTWA	
NIP	
NUMER UMOWY O PRYZNANIU WSPARCIA	
DATA ZAWARCIA UMOWY	
NUMER RACHUNKU BANKOWEGO	
NAZWA BANKU	

DOKUMENTY PRZEDSTAWIONE DO ROZLICZENIA (PROSIMY ZAZNACZYĆ)

☐	DOWÓD KSIĘGOWY ZA ZREALIZOWANE USŁUGI ROZWOJOWE
☐	POTWIERDZENIE ZAPŁATY ZA DOWÓD KSIĘGOWY (np. potwierdzenie operacji z rachunku bankowego)
☐	ZAŚWIADCZENIE OD INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ/DORADCZEJ O ZAKOŃCZENIU UDZIAŁU W USŁUDZE ROZWOJOWEJ
☐	DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY UZYSKANIE KWALIFIKACJI (JEŻELI DOTYCZY)
☐	ANKIETY OCENIAJĄCE USŁUGĘ ROZWOJOWĄ Z SYSTEMU BUR
☐	LISTY OBECNOŚCI W PRZYPADKU SZKOLEŃ STACJONARNYCH, REJESTR LOGOWAŃ LUB RAPORTY Z LOGOWANIA W PRZYPADKU SZKOLEŃ ZDALNYCH



WARTOŚĆ REFUNDACJI NA PODSTAWIE FAKTYCZNIE PONIESIONYCH WYDATKÓW

L.P.	NR KARTY BUR	MIEJSCE I TERMIN REALIZACJI USŁUGI	IMIĘ I NAZWISKO OSOBY KORZYSTAJĄCEJ Z USŁUGI	KWALIFI- KOWALNA WARTOŚĆ USŁUGI	% DOFINAN- SOWANIA	KWOTA REFUNDACJI	WARTOŚĆ WKŁADU WŁASNEGO
1.		Zgodnie z aktualną wersją karty BUR					
2.		Zgodnie z aktualną wersją karty BUR					
3.		Zgodnie z aktualną wersją karty BUR					
			RAZEM				
KWOTA DO REFUNDACJI							

.....
miejscowość i data

.....
podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Przedsiębiorcy
zgodnie z dokumentem rejestrowym lub na podstawie udzielonego
pełnomocnictwa



KARTA WERYFIKACJI FORMALNEJ ROZLICZENIA WSPARCIA
– WYPEŁNIA OPERATOR PROJEKTU

WERYFIKACJA FORMALNA	Kompletność wszystkich wymaganych dokumentów niezbędnych do rozliczenia usług rozwojowych	☐ TAK ☐ NIE (DO UZUPEŁNIENIA)
	Przedsiębiorca dokonał rozliczenia usługi rozwojowej i kwalifikuje się do refundacji	☐ TAK ☐ NIE (DO UZUPEŁNIENIA)
DATA ORAZ CZYTELNY PODPIS OSOBY WERYFIKUJĄCEJ ROZLICZENIE WSPARCIA		