#  ***Załącznik nr … do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie***

|  |  |
| --- | --- |
| *Numer i data wpływu wniosku* | **WNIOSEK****o wypłatę refundacji kosztów wszystkich zrealizowanych usług rozwojowych w ramach programu *Akademia Menadżera MMŚP – kompetencje w zakresie cyfryzacji*Nazwa i numer Projektu:„Akademia Menadżera MMŚP – kompetencje w zakresie cyfryzacji”POWR.02.21.00-00-AM15/21** |
| **Nazwa przedsiębiorstwa** |  |
| **NIP przedsiębiorstwa** |  |
| **Numer usługi** (zgodnie z kartą usługi z BUR) |  |
| **Tytuły usług**(zgodnie z kartą usługi z BUR) |  |
| **Daty realizacji usługi**(zgodnie z kartami usług z BUR) | **Od dnia** |  | **Do dnia** |  |

**Do wniosku załączam poniższe dokumenty:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dokumenty do wypłaty refundacji** | **Tak / Nie / Nie dotyczy** |
| **1** | **Oryginały faktur** *zawierające co najmniej:**tytuł i ID usługi, ID wsparcia, datę świadczenia usługi, liczbę godzin usługi, imię i nazwisko uczestników usługi* | [ ]  Tak | [ ]  Nie | [ ]  Nie dotyczy |
| **2** | **Potwierdzenia zapłat** *dokonanych w formie przelewu w wysokości 100% wartości brutto usługi* | [ ]  Tak | [ ]  Nie | [ ]  Nie dotyczy |
| **3** | **Zaświadczenia/ Certyfikaty/ Suplementy do zaświadczeń/certyfikatów** **podpisany przez Dostawcę usług***(oryginały lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem)**nazwę Przedsiębiorcy, datę przeprowadzenia usługi, tytuł usługi, imię i nazwisko uczestnika/-ów usługi, liczbę godzin i zakres usługi, ID wsparcia, dane Podmiotu realizującego usługę, informację na temat efektów uczenia się* | [ ]  Tak | [ ]  Nie | [ ]  Nie dotyczy |
| **5** | **Ankiety oceniające usługi** (wydruk z BUR)*wypełnione przez uczestnika/-ów usługi - pracowników przedsiębiorstwa* | [ ]  Tak | [ ]  Nie | [ ]  Nie dotyczy |
| **6** | **Ankiety oceniające usługi** (wydruk z BUR)*wypełnione przez Przedsiębiorcę*  | [ ]  Tak | [ ]  Nie | [ ]  Nie dotyczy |
| **7** | **W przypadku usług doradczych:** *formularz wykonania usługi doradczej – zał. nr 12 do Regulaminu wraz z dokumentem potwierdzającym zrealizowanie usługi np. raport/analiza/diagnoza* (*oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem)* | [ ]  Tak | [ ]  Nie | [ ]  Nie dotyczy |
| **8** | **W przypadku usług realizowanych w formie zdalnej:** *wygenerowany z systemu raport w formacie pdf, (wydruk powinien zawierać co najmniej: nazwę firmy realizującej usługę, nazwę usługi, imię i nazwisko uczestnika usługi oraz identyfikator tj. adres IP lub adres e-mail, wskazanie dni i godzin aktywności uczestnika od zalogowania do wylogowania się z systemu wraz z  czasem (liczba godzin)* | [ ]  Tak | [ ]  Nie | [ ]  Nie dotyczy |
| **9** | **Oświadczenie dotyczące wysokości wkładu własnego w postaci wynagrodzeń pracowników uczestniczących w usłudze***Zał. nr 9 Regulaminu rekrutacji wraz z dokumentami źródłowymi (o ile dotyczy)* | [ ]  Tak | [ ]  Nie | [ ]  Nie dotyczy |

|  |
| --- |
| **Wnioskuję o rozliczenie kosztów usługi rozwojowej wskazanej w niniejszym wniosku na podstawie poniższych informacji.** |
| **Ja niżej podpisany/-a działając w imieniu firmy, oświadczam, że :*** **niżej wymienione osoby wzięły udział w rozliczanych usługach z frekwencją nie mniejszą niż 80% godzin trwania usługi;**
* **listy obecności przygotowane w ramach usług, będą przechowywane w oryginale przez okres 10 lat w siedzibie MMŚP pod adresem:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..** |

**WARTOŚCI REFUNDACJI NA PODSTAWIE FAKTYCZNIE PONIESIONYCH WYDATKÓW**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **NAZWY USŁUGI** | **DANE PODMIOTU/ÓW ŚWIADCZĄCEGO/YCH USŁUGI** | **MIEJSCE I TERMIN REALIZACJI USŁUG** | **IMIĘ I NAZWISKO OSOBY KORZYSTAJĄCEJ Z USŁUG** | **NR PESEL UCZESTNIKA** | **KWALIFIKOWALNA WARTOŚĆ USŁUG NETTO** | **% DOFI-NANSOWANIA** | **KWOTA REFUNDACJI NETTO** | **WARTOŚĆ WKŁADU WŁASNEGO NETTO** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Wnioskuję o refundację kosztów usług rozwojowych wskazanych w niniejszym wniosku na rachunek bankowy przedsiębiorstwa:** |
| **Proszę o wpisanie numeru konta bankowego przedsiębiorstwa** |  |
| **Data, pieczątka firmy, czytelny podpis (lub podpis z pieczątką imienną) osoby/osób uprawnionych** **do reprezentowania przedsiębiorstwa** |  |

**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 usług rozwojowych i kwalifikuje się do refundacji dofinansowania**  | [ ]  TAK [ ]  NIE  ………………………………………….. |
| **DATA ORAZ CZYTELNY PODPIS OSOBY WERYFIKUJĄCEJ ROZLICZENIE WSPARCIA** |  |