*Załącznik nr 12 do Regulaminu*

WNIOSEK O WYPŁATĘ ZALICZKI

Ja, niżej podpisana/y

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….,

działając w imieniu firmy:………………………………………………………………………………..……………………………

składam wniosek o wypłatę zaliczki na pokrycie kosztów usługi rozwojowej, realizowanej w

**ramach umowy dotyczącej refundacji kosztów usług rozwojowych nr ………………………………………….., zawartej w ramach projektu *„Kompetencje dla opieki zdrowotnej i pomocy społecznej”*nr POWR.02.21.00-00-RW31/19-01,** na rachunek bankowy1:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………| rachunek bankowy i nazwa banku

Dane usługi rozwojowej

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa usługi** |  |
| **ID usługi (z BUR/spoza BUR)** |  |
| **Liczba pracowników uczestniczących** **w usłudze rozwojowej** |  |
|  **Kwota faktury netto za usługi rozwojowe** |  |
| **Nr faktury** |  |
| **Data wystawienia:** |  |
| **Wnioskowana kwota zaliczki****(50% wartości netto faktury)** |  |

**Załącznik:** faktura wystawiona przez Podmiot świadczących usługę rozwojową.

|  |  |
| --- | --- |
| **……………………………………………………..** | **…………………………………………………………………………** |
| **data** | **pieczęć i podpis Przedsiębiorstwa** |

1 Rachunek bankowy powinien być tożsamy z rachunkiem wskazanym w Załączniku nr 15 – Oświadczenie o numerze rachunku bankowego

.

Weryfikacja Operatora: (wypełnia Operator):

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwota faktury netto** |  |
| **Nr faktury** |  |
| **Data wystawienia faktury** |  |
| **Kwota kwalifikowalna faktury netto** |  |
| **Kwota przyznanej zaliczki za usługę rozwojową****(50%)** |  |
| **Kwota pozostała do refundacji ………%** |  |
|  **Czy wartość usługi mieści się w limicie na osobę****(PESEL) dla danego sektora?** | * **Tak**
 | * **NIE**
 |
|  **Czy wartość usługi mieści się w kwocie** **pozostałej do wykorzystania w ramach zawartej****umowy dotyczącej refundacji usług rozwojowych** | * **Tak**
 | * **NIE**
 |
| **Uwagi Operatora** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **………………………………………………………………** |  **…………………………………………………………………..** |
|  ***Miejscowość, data*** | ***podpis pracownika*** ***Operatora przyznającego zaliczkę*** |