# Realizator programu: Powiat Skarżyski

# D:\isadkowska\pulpit\pfron.logo.gif D:\isadkowska\pulpit\logo.PWRMR.IIIpng.png

# Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON projektów w ramach obszaru B, C, D, F i G „Programu wyrównywania różnic między regionami III”

**Pouczenie:**

We Wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wpisać „Nie dotyczy”.

W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

## Część 1 Wniosku: Dane i informacje o projektodawcy

### Nazwa i adres projektodawcy

Pełna nazwa:

Miejscowość:

Ulica:

Nr posesji:

Kod pocztowy:

Gmina:

Powiat:

Województwo:

Imię i nazwisko osoby do kontaktu:

Numer telefonu osoby do kontaktu:

Adres www:

e-mail:

Numer identyfikacyjny NIP:

### Osoby uprawnione do reprezentacji projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych:

Imię, nazwisko, funkcja:

Imię, nazwisko, funkcja:

### Załączniki (dokumenty) wymagane do Wniosku

1. Pełnomocnictwo w przypadku, gdy Wniosek podpisany jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Jednostki samorządu:   
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
2. Oświadczenie projektodawcy o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych pracowników:  
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
3. Oświadczenie dotyczące projektodawcy o niezaleganiu z podatkami lub o ewentualnym zwolnieniu z podatków:   
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

## Część 2B Wniosku: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru B programu

### Opis projektu

1. Nazwa projektu:
2. Nazwa Projektodawcy:
3. Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy)
4. NIP: ;
5. Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)   
   Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:
6. Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)  
   Podstawa prawna:
7. Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):

1. Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt:

w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych, których dotyczy projekt:

1. Nazwa obiektu, w którym projektowana jest likwidacja barier, data budowy obiektu i data oddania do użytkowania:
2. Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):
3. NIP:

### Diagnoza sytuacji, z której wynikać będzie konieczność podjęcia działań opisanych w projekcie

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

### Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

### Wartość wskaźników bazowych

Liczba osób niepełnosprawnych uczęszczających do środowiskowego domu samopomocy/ centrum integracji społecznej/klubu integracji społecznej, którego dotyczy projekt lub liczba dzieci i młodzieży niepełnosprawnej uczęszczających do placówki edukacyjnej, której dotyczy projekt, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie.

1. Niepełnosprawni ogółem:
2. Niepełnosprawni do 18 roku życia:

### Koszt realizacji projektu

1. Łączny koszt realizacji projektu: zł, słownie złotych:
2. Własne środki przeznaczone na realizację projektu: zł, słownie złotych:
3. Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje –   
   z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): zł,

słownie złotych:

1. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: zł,

słownie złotych:

### Informacja o VAT

Wnioskodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio). Podstawa prawna:

### Informacje uzupełniające

### Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2B Wniosku

1. Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert:  
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
2. Wykaz urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych:   
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
3. Dokument potwierdzający tytuł prawny do budynku:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

1. Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy):

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

1. Opinia wystawiona przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane o jakich mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1-2 ustawy Prawo budowlane, o spełnianiu przez projekt warunków, o których mowa w rozdziale I ust. 3 Załącznika nr 1 do Procedury:  
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
2. Kopia dokumentu potwierdzającego rok wybudowania i oddania do użytkowania budynku:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

1. O ile dotyczy: oświadczenie, że projekt będzie wykonywany w placówce edukacyjnej działającej zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 oku Prawo oświatowe:

 Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

## Część 2C Wniosku: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru C programu

### Opis projektu

1. Nazwa projektu:
2. Informacja o podmiotach, które zamierzają utworzyć spółdzielnię socjalną osób prawnych:
3. Nazwa Projektodawcy:
4. Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):
5. NIP:
6. Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)  
   Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:
7. Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)  
   Podstawa prawna:
8. Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):

1. Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt:
2. Nazwa zakładu spółdzielni socjalnej osób prawnych (której utworzenia dotyczy projekt), w którym adaptowane są pomieszczenia i tworzone stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych:
3. Dokładna lokalizacja zakładu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):

### Diagnoza sytuacji, z której wynikać będzie konieczność podjęcia działań opisanych w projekcie

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

### Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

### Wartość wskaźników bazowych

Wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na utworzenie spółdzielni socjalnej osób prawnych, w roku złożenia wniosku o dofinansowanie:

### Koszt realizacji projektu

1. Łączny koszt realizacji projektu: zł, słownie złotych:
2. Własne środki przeznaczone na realizację projektu: zł, słownie złotych:
3. Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje – z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): zł, słownie złotych:
4. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: zł, słownie złotych:

### Informacja o VAT

Wnioskodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio). Podstawa prawna:

### Informacje uzupełniające

### Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2C Wniosku

1. Porozumienie intencyjne w sprawie utworzenia spółdzielni socjalnej osób prawnych:  
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
2. Wykaz robót adaptacyjnych dotyczących obiektu spółdzielni, ich opis i koszt, wraz z kopiami wycen i ofert:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

1. Zgoda właściciela budynku na realizację zadań będących przedmiotem projektu (jeśli dotyczy):

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

1. Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy):

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

1. Opinia wystawiona przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane o jakich mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1-2 ustawy Prawo budowlane, o spełnianiu przez projekt warunków, o których mowa w rozdziale I ust. 3 Załącznika nr 1 do Procedury:  
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
2. Wykaz urządzeń i sprzętu dotyczącego adaptacji obiektu spółdzielni wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz dotyczące tego sprzętu i urządzeń kopie ofert cenowych:  
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
3. Wykaz wyposażenia spółdzielni, specyfikację niezbędnego wyposażenia oraz koszt:  
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
4. Wykaz stanowisk pracy tworzonych w ramach projektu w spółdzielni, zawierający nazwę stanowiska, specyfikację niezbędnego wyposażenia stanowiska wraz z kopiami ofert cenowych oraz koszt wyposażenia stanowiska: Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

## Część 2D Wniosku: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru D programu

### Opis projektu

1. Nazwa projektu :
2. Nazwa Projektodawcy:
3. Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):
4. NIP: ;
5. Nr identyfikacyjny PFRON: ;
6. Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe)  
   Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:
7. Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe)   
   Podstawa prawna:
8. Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):
9. Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: , w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: .
10. Nazwa jednostki, która będzie dysponować pojazdem:
11. Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):
12. NIP (należy wypełnić, jeżeli posiada):

### Uzasadnienie potrzeby zakupu lub przystosowania pojazdu

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

1. Nazwa placówki służącej rehabilitacji / warsztatu terapii zajęciowej / gminy, która będzie korzystać z pojazdu:
2. Data rozpoczęcia działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (dzień/miesiąc/rok):
3. Dokładny adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):
4. NIP (należy wypełnić jeżeli posiada):
5. Uzasadnienie potrzeby realizacji projektu:

### Charakterystyka dotychczas wykonywanych przewozów na rzecz osób niepełnosprawnych

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

### Diagnoza sytuacji, z której wynikać będzie konieczność podjęcia działań opisanych w projekcie

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

### Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

### Wartość wskaźników bazowych

1. liczba pojazdów (w rozbiciu na mikrobusy-pojazdy o liczbie miejsc 9 łącznie z kierowcą i autobusy) wykorzystywanych do przewozu osób niepełnosprawnych będących w posiadaniu beneficjenta, w tym pojazdów przystosowanych do przewozu osób na wózkach inwalidzkich, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wystąpienia jednostki samorządu powiatowego lub wniosku o dofinansowanie:
2. Liczba mikrobusów: , w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: ;
3. Liczba autobusów: , w tym przystosowanych do przewozu osób na wózkach: .
4. liczba osób niepełnosprawnych, z wyodrębnieniem osób niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich, którym beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie:
5. Osoby niepełnosprawne łącznie: , w tym osoby pełnoletnie:   
   i osoby do 18 roku życia: ;
6. Osoby niepełnosprawne na wózkach łącznie: , w tym osoby pełnoletnie na wózkach: i osoby do 18 roku życia na wózkach:
7. wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na zakup lub przystosowanie pojazdów przeznaczonych do przewozu osób niepełnosprawnych, w roku złożenia wniosku o dofinansowanie:
8. liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych / warsztatów terapii zajęciowej, których uczestnikom beneficjent zapewnia stały codzienny przewóz, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie:
9. Placówki służące rehabilitacji:
10. Warsztaty terapii zajęciowej:

### Koszt realizacji projektu

1. Łączny koszt realizacji projektu: zł, słownie złotych:
2. Własne środki przeznaczone na realizację projektu: zł, słownie złotych:
3. Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje –   
   z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): zł, słownie złotych:
4. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: zł, słownie złotych:

### Informacja o VAT

Wnioskodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio). Podstawa prawna:

### Informacje uzupełniające

### Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2D Wniosku

Wykaz pojazdów (wraz z kopiami ofert cenowych), których zakupu lub przystosowania dotyczy projekt zawierający rodzaj pojazdu, ilość miejsc do przewozu osób niepełnosprawnych, w tym miejsc przystosowanych do kotwiczenia wózków inwalidzkich wraz z informacja o dodatkowym wyposażeniu (winda, najazdy), koszt zakupu, ewentualnie rodzaj i koszt przystosowania pojazdu:  
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

## Część 2F Wniosku: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru F programu

### Przedmiot projektu

1. Utworzenie warsztatu terapii zajęciowej: Tak/Nie (wybierz właściwe);
2. Remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej: Tak/Nie (wybierz właściwe).

### Opis projektu

1. Nazwa projektu:
2. Nazwa Projektodawcy:
3. Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):
4. NIP: ;
5. Czy projektodawca jest podatnikiem VAT: Tak/Nie (wybierz właściwe);   
   Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:
6. Projektodawca jest podatnikiem VAT, lecz w ramach wnioskowanych do dofinansowania kosztów nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony: Tak/Nie (wybierz właściwe);   
   Podstawa prawna:
7. Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):

1. Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: , w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych:
2. Nazwa obiektu, w którym organizowany będzie WTZ / nazwa remontowanego lub modernizowanego WTZ, środowiskowego domu samopomocy lub zakładu aktywności zawodowej:
3. Dokładna lokalizacja obiektu (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy, gmina, powiat, województwo):
4. NIP:

### Diagnoza sytuacji, z której wynikać będzie konieczność podjęcia działań opisanych w projekcie

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

### Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

### Wartość wskaźników bazowych

Wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na utworzenie warsztatu terapii zajęciowej, w roku złożenia wniosku o dofinansowanie):

Wysokość środków zaplanowanych przez beneficjenta na przeciwdziałanie degradacji infrastruktury istniejących warsztatów terapii zajęciowej/środowiskowych domów samopomocy /zakładów aktywności zawodowej w roku złożenia wniosku o dofinansowanie):

### Koszt realizacji projektu

1. Łączny koszt realizacji projektu: zł,

słownie złotych:

1. Własne środki przeznaczone na realizację projektu: zł,

słownie złotych:

1. Inne źródła finansowania ogółem (środki wpłacone, przyrzeczone, gwarancje –   
   z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON): zł,

słownie złotych:

1. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: zł.

słownie złotych:

### Informacja o VAT

Wnioskodawca ma prawną możliwość odzyskania podatku VAT od wydatków ponoszonych w ramach projektu, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem krajowym: Tak/Nie (wybrać odpowiednio). Podstawa prawna:

### Informacje uzupełniające

### Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2F Wniosku

1. W przypadku projektów, których przedmiotem jest utworzenie warsztatu terapii zajęciowej dokumenty o których mowa w paragrafie 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marce 2004 r. w sprawie warsztatów terapii zajęciowej:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

1. Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – w przypadku projektów których przedmiotem jest remont lub modernizacja warsztatu terapii zajęciowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji tworzonego lub istniejącego WTZ (jeżeli dotyczy):   
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
2. Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja środowiskowego domu samopomocy, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji środowiskowego domu samopomocy (jeżeli dotyczy):   
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
3. Wykaz robót budowlanych, ich opis i koszt wraz z kopiami wycen i ofert – w przypadku projektów, których przedmiotem jest remont lub modernizacja zakładu aktywności zawodowej, w zakresie prowadzonego remontu lub modernizacji zakładu aktywności zawodowej (jeżeli dotyczy):   
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)
4. Wykaz wyposażenia, urządzeń i sprzętu wraz z opisem ich przeznaczenia i ceną oraz kopie ofert cenowych:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

1. Dokument potwierdzający tytuł prawny do budynku:

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

1. Pozwolenie na budowę (jeśli dotyczy):

Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

1. Opinia wystawiona przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane o jakich mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1-2 ustawy Prawo budowlane, o spełnianiu przez projekt warunków, o których mowa w rozdziale I ust. 3 Załącznika nr 1 do Procedury:  
   Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

## Część 2G Wniosku: Informacje o projektach planowanych do realizacji w ramach obszaru G programu

### Opis projektu

1. Nazwa projektu:
2. Nazwa Jednostki samorządu powiatowego realizującej obszar G:
3. Adres (miejscowość, ulica, nr posesji, kod pocztowy):
4. NIP: ;
5. Nr identyfikacyjny PFRON: ;
6. Imię, nazwisko i numer telefonu osoby do kontaktu:
7. Cel projektu (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu):

1. Planowana liczba osób niepełnosprawnych, których dotyczy projekt: , w tym planowana liczba dzieci niepełnosprawnych: .
2. Uzasadnienie potrzeby skierowania do powiatu dodatkowych środków na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych zawierające informację o planowanym sposobie ich wydatkowania (w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

### Diagnoza sytuacji, z której wynikać będzie konieczność podjęcia działań opisanych w projekcie

(w przypadku obszernego opisu – w załączeniu)

### Harmonogram realizacji projektu

Przewidywany czas rozpoczęcia realizacji projektu (dzień, miesiąc, rok):

Przewidywany czas realizacji (w miesiącach):

### Wartość wskaźników bazowych

1. liczba osób niepełnosprawnych zarejestrowanych jako bezrobotne lub poszukujące pracy na terenie powiatu, według stanu na ostatni dzień roku poprzedzającego rok złożenia wniosku o dofinansowanie:
2. wysokość środków zaplanowanych przez powiat na zadania dotyczące aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych, na rok złożenia wniosku o dofinansowanie:

### Koszt realizacji projektu

1. Środki PFRON przekazywane algorytmem zabezpieczone w planie finansowym powiatu na realizację zadań dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych w roku realizacji projektu: zł, słownie złotych:
2. Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON: zł, słownie złotych:
3. Wnioskowana kwota na obsługę (2,5% od kwoty w pkt 2): zł, słownie złotych:

### Informacje uzupełniające

### Załączniki (dokumenty) wymagane do części 2G Wniosku

Dokument potwierdzający wysokość środków algorytmu zabezpieczonych w planie finansowym powiatu na realizację zadań własnych dotyczących aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych:  
Załączono/Nie załączono (wybierz właściwe)

## Oświadczenia projektodawcy

1. **Oświadczam**, że podane we Wniosku informacje są zgodne z prawdą.
2. **Oświadczam**, że znane są mi zapisy programu i procedur realizacji „Programu wyrównywania różnic między regionami III”.
3. **Oświadczam**, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wniosku wyrażam zgodę na opublikowanie decyzji PFRON przyznającej środki na podstawie niniejszego wniosku.
4. **Oświadczam**, że na dzień sporządzenia Wniosku reprezentowany przeze mnie podmiot

nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, i zaległości w obowiązkowych

wpłatach na PFRON.

**Uwaga**!

Podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje Wniosek z dalszego rozpatrywania.

Wnioskuję o dofinansowanie projektów wymienionych w niniejszym Wniosku.

(miejscowość i data)

Podpis

Podpis

podpisy osób upoważnionych do reprezentacji projektodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych