

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

Załącznik nr 1

„Wniosek o dofinansowanie zakupu tabletu na potrzeby realizacji kursu e-learningowego”

w ramach projektu „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju” REACT OM

(Zacieniowane pola na niebiesko wypełnia CMKP) Nr Karty rozliczeniowej:																	
Imię i Nazwisko uczestnika kursu:																	
PESEL:																	
Data zakupu																	
Poniesiona przez uczestnika projektu kwota zakupu w PLN																	
Producent/model																
Wnoszę o przekazanie środków z tytułu refundacji poniesionych wydatków na niżej wskazany nr rachunku bankowego																	
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

L.p	Nazwa załącznika	Czy dokument prawidłowy (TAK/NIE) [wypełnia CMKP]
1.	Faktura nr z dn	
2.	Potwierdzenie zapłaty z dn.....	
3.	Faktura nr z dn	
		Wypełnia CMKP:
Kwota kwalifikowana z niniejszego rozliczenia Przyznana kwota refundacji – do wypłaty:		

- Oświadczam, że podane przeze mnie powyższe dane są prawdziwe.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z „Regulamin dofinansowania kosztów zakupu mobilnego urządzenia elektronicznego na potrzeby realizacji kursu e-learningowego przez uczestników kursu” w ramach projektu nr POWR.07.01.00-00-0001/22
- Oświadczam, że zakupiony tablet będę wykorzystywał/a na potrzeby podnoszenia kwalifikacji w związku z moim udziałem w kursie kwalifikacyjnym uzupełniającym wiedzę i umiejętności realizowanym w ramach projektu „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach osi priorytetowej VII Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie nr 7.1 Wzmocnienie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia, nr projektu POWR.07.01.00-00-0001/22 .
- Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 w związku z art. 233 § 6 Kodeksu karnego, cyt. „kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”, oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

.....
Podpis osoby Wnioskującej

Potwierdzenie weryfikacji merytorycznej:

Data i podpis