

**Wniosek o refundację kosztów usługi w ramach projektu  
pn. „Klucz do usług rozwojowych dla MŚP z województwa warmińsko – mazurskiego”**

INSTRUKCJA POPRAWNEGO WYPEŁNIANIA WNIOSKU REFUNDACYJNEGO	
1) Należy wypełnić <u>wszystkie</u> pola. Formularz zawierający niewypełnione pola nie będzie podlegał rozpatrzeniu i będzie kierowany do uzupełnienia. Konieczne jest również <u>złożenie wszystkich</u> stosownych <u>oświadczeń</u> zgodnie z sytuacją przedsiębiorstwa składającego niniejszy Wniosek refundacyjny.	
2) Wniosek refundacyjny, do którego <u>nie załączono wszystkich</u> wymaganych dokumentów (kopii faktury za usługę, dokumentu potwierdzającego dokonanie opłaty za fakturę, kopii zaświadczeń / certyfikatów potwierdzających ukończenie usługi rozwojowej, ankiet oceniających usługę rozwojową – ankiet instytucjonalna oraz ankiet uczestnika/-ów indywidualnych) <u>nie będzie podlegał rozpatrzeniu</u> do czasu uzupełnienia brakujących elementów.	
3) <b>Kopie</b> wszystkich dokumentów dołączanych do wniosku refundacyjnego, <b>muszą być oznaczone datą</b> ORAZ <b>potwierdzone przez przedsiębiorcę za zgodność z oryginałem</b> z podaniem daty dokonania tego potwierdzenia.	
4) Wniosek refundacyjny powinien zostać wypełniony w sposób czytelny (komputerowo lub ręcznie, drukowanymi literami), tak, aby wpisane dane nie budziły wątpliwości interpretacyjnych. Formularze wypełnione w sposób niestaranny i/lub nieczytelny będą kierowane do korekty i będą podlegały rozpatrzeniu po dostarczeniu poprawionego formularza.	
5) <b>Wniosek refundacyjny</b> powinien być <b>podpisany w wymaganych miejscach</b> przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania przedsiębiorstwa zgodnie z zapisami dokumentu rejestrowego. Podpis musi pozwalać na jednoznaczną identyfikację osoby, która go złożyła, tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis lub parafkę wraz z pieczęcią imienną przedsiębiorcy. Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego. W przypadku posiadania odrębnego upoważnienia do reprezentowania przedsiębiorstwa należy dostarczyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię upoważnienia / pełnomocnictwa.	
6) Informacje o wyniku weryfikacji wniosku refundacyjnego oraz informacje o konieczności złożenia poprawek, uzupełnień lub dodatkowych wyjaśnień będą przekazywane <b>wyłącznie w formie pisemnej</b> , na adres e-mail podany we Wniosku refundacyjnym, <b>wyłącznie przedsiębiorcy</b> składającemu niniejszy wniosek refundacyjny.	
7) Wniosek refundacyjny należy złożyć <b>w wersji papierowej</b> – osobiście lub pocztą tradycyjną – na adres Biura projektu (ul. Barcza 16, 10 – 685 Olsztyn).	

WYPEŁNIA OPERATOR			
Nr formularza w rejestrze		Data wpływu	
Data weryfikacji		Data otrzymania korekty / poprawek / wyjaśnień	
Data ponownej weryfikacji (o ile dotyczy)		Data skierowania do płatności	
Czy przeprowadzono wizytę monitoringową? TAK / NIE		Numer wniosku refundacyjnego	

INFORMACJE WYPEŁNIANIE PRZEZ PRZEDSIĘBIORCĘ			
Dane identyfikacyjne przedsiębiorstwa			
Pełna nazwa przedsiębiorstwa (zgodnie z dokumentem rejestrowym)		Adres przedsiębiorstwa (zgodnie z dokumentem rejestrowym)	
Numer ID wsparcia	FEWM.07.05-IZ.00-0005/23_TECHPAL_.....	NIP	
Numer rachunku bankowego przedsiębiorstwa*	*w przypadku czynnych płatników VAT numer konta bankowego MUSI znajdować się na „białej liście podatników VAT”		

Informacje dotyczące wnioskowanego wsparcia					
Rodzaj usługi rozwojowej	<input type="checkbox"/> usługa szkoleniowa	<input type="checkbox"/> usługa doradcza	<input type="checkbox"/> inna		
Forma świadczenia usługi	<input type="checkbox"/> stacjonarna		<input type="checkbox"/> zdalna / mieszana		
Numer usługi (zgodnie z Kartą usługi)					
Nazwa usługi (zgodnie z Kartą usługi)					
Termin realizacji usługi rozwojowej		Ilość godzin trwania usługi rozwojowej			
Numer faktury/faktur za usługę rozwojową		Data zapłaty za fakturę/faktury			
Wartość usługi rozwojowej (100%)	zł (słownie: .....)				
Wkład własny	<input type="checkbox"/> 20%		Wnioskowana wartość refundacji	<input type="checkbox"/> 80%	
	<input type="checkbox"/> 50%			<input type="checkbox"/> 50%	



Informacje o uczestnikach usługi rozwojowej	
<b>Nazwisko i imię uczestnika indywidualnego</b>  <b>UWAGA:</b> (w przypadku kierowania do udziału w usłudze większej ilości pracowników możliwe jest modyfikowanie wielkości i zakresu tego pola)	1.
	2.
	3.
	(...)

Miejscowość, data	Pieczęć przedsiębiorstwa (o ile dotyczy)	Czytelny podpis osoby (osób) uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa lub podpis z pieczęcią imienną (zgodnie z dokumentem rejestrowym)
-------------------	--	--



Lp.	TAK	NIE	Oświadczenia
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wyrażam zgodę na weryfikację przez Operatora i inne uprawnione instytucje, w tym IZ FEWM poprawności i prawdziwości danych zawartych w niniejszym Wniosku refundacyjnym.
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Przedsiębiorstwo, które reprezentuję <u>podlega wykluczeniu</u> z możliwości ubiegania się o środki publiczne na podstawie przepisów prawa oraz stosownie do Rozporządzenia nr 1407/2013 z dn. 18.12.2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r.)
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oświadczam, że na podmiocie, który reprezentuję <u>ciąży obowiązek</u> zwrotu pomocy publicznej, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej, uznającej pomoc za niezgodną z prawem lub ze wspólnym rynkiem (rynkem wewnętrznym).
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wszystkie informacje</b> podane w niniejszym Wniosku refundacyjnym oraz w dokumentach dodatkowych <b>są prawdziwe, zgodne ze stanem faktycznym i prawnym</b> ; jednocześnie jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 oraz art. 297 k.k. za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku stwierdzenia przez Operatora, że dane zawarte we Wniosku refundacyjnym są nieprawdziwe, niezgodne ze stanem faktycznym Operator ma prawo odmówić dokonania refundacji kosztów usługi rozwojowej rozliczanej niniejszym Wnioskiem refundacyjnym.
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oświadczam, iż w przypadku konieczności dokonania poprawek, korekt lub złożenia dodatkowych wyjaśnień dotyczących dokumentów i ujętych w nich kosztów dokonam ich w terminie wyznaczonym przez Operatora. W przypadku, gdy złożenie stosownych wyjaśnień lub korekt nie będzie możliwe w wyznaczonym przez Operatora terminie niezwłocznie poinformuję go o tym fakcie.
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie korekt, poprawek lub wyjaśnień do treści niniejszego Wniosku refundacyjnego lub dokumentów do niego załączonych w terminie wykraczającym poza termin wyznaczony przez Operatora może skutkować odmową dokonania refundacji.
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Przyjmuję do wiadomości, iż dokonanie zapłaty za usługę rozwojową <b>po terminie płatności wyznaczonym</b> na dokumencie księgowym przez Dostawcę usługi może skutkować odmową refundacji przez Operatora .
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Numer konta bankowego wskazane w niniejszym Formularzu należy do przedsiębiorstwa wnioskującego o wsparcie w ramach projektu „Klucz do usług rozwojowych dla MŚP z województwa warmińsko – mazurskiego” (nr projektu FEWM.07.05-IZ.00-0005/23) i jest tożsamy z numerem konta wskazanym w Formularzu zgłoszeniowym MŚP
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mam świadomość, iż w przypadku dokonania opłaty za usługę rozwojową w formie gotówkowej lub formie bezgotówkowej z konta innego, iż wskazane w Formularzu zgłoszeniowym MŚP Operator może uznać koszty usługi rozwojowej za niekwalifikowalne i odmówić wypłacenia refundacji
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Przedsiębiorstwo, które przedkłada niniejszy Wniosek refundacyjny jest płatnikiem VAT.
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Posiadam</b> prawną możliwość odzyskania lub odliczenia poniesionego ostatecznie kosztu podatku VAT w związku z realizacją działań objętych dofinansowaniem w ramach projektu „Klucz do usług rozwojowych dla MŚP z województwa warmińsko – mazurskiego” (nr projektu FEWM.07.05.00-28-0005/23). <b>Otrzymam refundację w kwocie netto.</b>
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie posiadam</b> prawnej możliwości odzyskania lub odliczenia poniesionego ostatecznie kosztu podatku VAT w związku z realizacją działań objętych dofinansowaniem w ramach projektu „Klucz do usług rozwojowych dla MŚP z województwa warmińsko – mazurskiego” (nr projektu FEWM.07.05.00-28-0005/23). Jednocześnie zobowiązuje się do zwrotu zrefundowanej w ramach projektu części poniesionego podatku VAT, jeśli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie lub odliczenie tego podatku. <b>Otrzymam refundację w kwocie brutto.</b>
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Przedsiębiorstwo, które reprezentuję <u>nie zalega</u> z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami (o ile dotyczy).
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Przedsiębiorstwo, które reprezentuję <b>jest zarejestrowane</b> w Bazie Usług Rozwojowych jako Dostawca usług „z możliwością dofinansowania”
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dostawcą usługi rozwojowej, o dofinansowanie której ubiegam się niniejszym wnioskiem <u>nie jest podmiot, z którym jestem powiązany osobowo lub kapitałowo</u> , tj. pomiędzy mną a dostawcą usługi nie występują powiązania polegające na: udziale w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej, posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji spółki, pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika, pozostawaniu w stosunku prawnym lub faktycznym, który może budzić uzasadnione wątpliwości, co do bezstronności w wyborze Dostawcy usługi, w szczególności pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do mnie lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Koszty</b> , które zostały przedstawione do rozliczenia niniejszym wnioskiem <b>nie dotyczą usługi</b> rozwojowej, której <b>obowiązek przeprowadzenia</b> na zajmowanym stanowisku <b>wynika z odrębnych przepisów prawa</b> .

18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Całkowity koszt usługi rozwojowej przedstawionej do rozliczenia niniejszym wnioskiem <b>nie był większy niż roczny obrót</b> (z poprzedniego zamkniętego okresu obrachunkowego) z działalności gospodarczej wnioskującego przedsiębiorstwa
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Podmiot, który reprezentuję <b>prowadzi działalność gospodarczą</b> na terenie wykraczającym <b>poza obszar województwa warmińsko – mazurskiego</b>
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Podmiot, który reprezentuję <b>ubiega się o wsparcie</b> na usługi rozwojowe, o których dofinansowanie ubiega się w województwie warmińsko – mazurskim w ramach innych projektów Podmiotowego Systemu Finansowania <b>w innych województwach</b>
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uczestnikami usługi rozwojowej rozliczanej niniejszym wnioskiem refundacyjnym byli <b>WYŁĄCZNIE</b> pracownicy zatrudnieni na terenie województwa warmińsko – mazurskiego i/lub przedsiębiorca prowadzący działalność gospodarczą na terenie województwa warmińsko – mazurskiego
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osoby uczestniczące w usłudze rozwojowej rozliczanej niniejszym Wnioskiem refundacyjnym były zatrudnione w przedsiębiorstwie składającym ten Wniosek w okresie <b>NIE KRÓTSZYM</b> niż 3 miesiące przed rozpoczęciem udziału w dofinansowanej usłudze rozwojowej do dnia zakończenia realizacji usługi rozwojowej.
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Równolegle ubiegam się u innego regionalnego Operatora</b> środków w ramach Działania 7.5 FEWM o <b>refundację kosztów udziału tych samych osób w usłudze rozwojowej ujętej w niniejszym Wniosku refundacyjnym.</b>
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane do Operatora stają się własnością Operatora i nie mam prawa żądać ich zwrotu lub zniszczenia.
25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o projekcie oraz wynikach weryfikacji przedłożonych dokumentów drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany w części nr 1 niniejszego formularza zgodnie z art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną
Miejscowość, data		Pieczęć przedsiębiorstwa (o ile dotyczy)	Czytelny podpis osoby (osób) uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa lub podpis z pieczęcią imienną (zgodnie z dokumentem rejestrowym)

#### UWAGA

Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa musi pozwalać na jednoznaczny identyfikację osoby, która go złożyła, tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis lub parafkę + pieczęć z imieniem i nazwiskiem Przedsiębiorcy. Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego.

#### WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW stanowiących KOMPLET DOKUMENTACJI REFUNDACYJNEJ (w wersji papierowej): (należy zaznaczyć „X” właściwe załączniki, dołączone przy wysyłce dokumentów w wersji papierowej oraz uzupełnić liczbę składanych dokumentów)

Lp.	Zaznaczyć „X”	Nazwa załącznika	Ilość dokumentów	Liczba stron	Obowiązkowy lub TAK/NIE (jeśli dotyczy)
1.	<input type="checkbox"/>	Formularz wniosku refundacyjnego			<b>OBOWIĄZKOWY</b>
2.	<input type="checkbox"/>	Pełnomocnictwo do podpisania dokumentów lub oświadczeń w imieniu danego Przedsiębiorstwa udzielone osobie innej niż wskazana/–e w dokumencie rejestrowym.			jeśli dotyczy
3.	<input type="checkbox"/>	Potwierdzona za zgodność z oryginałem przez przedsiębiorcę kopia faktury proforma za usługę rozwojową.			jeśli dotyczy
4.	<input type="checkbox"/>	Potwierdzona za zgodność z oryginałem przez przedsiębiorcę kopia faktury za usługę rozwojową.  Faktura za usługę rozwojową zawiera co najmniej następujące informacje: <ul style="list-style-type: none"> <li>• nazwę usługobiorcy,</li> <li>• ID wsparcia zgodnie z podpisaną umową wsparcia,</li> <li>• nazwę usługi rozwojowej (zgodną z Kartą usługi),</li> <li>• numer usługi rozwojowej (zgodny z Kartą usługi)</li> <li>• termin realizacji usługi rozwojowej (zgodne z Kartą usługi i faktycznymi terminami realizacji usługi),</li> <li>• liczbę godzin usługi rozwojowej rozumianej jako liczbę godzin szkoleniowych zegarowych lub dydaktycznych (zgodną z Kartą usługi),</li> <li>• listę uczestników indywidualnych biorących udział w usłudze rozwojowej</li> </ul> Dokumenty niezawierające powyższych danych będą kierowane do poprawy.			<b>OBOWIĄZKOWY</b>
5.	<input type="checkbox"/>	Potwierdzenie dokonania opłaty za fakturę – wydruk potwierdzenia dokonania płatności mający status „wykonany”, „zrealizowany” lub inny potwierdzający wypływ środków z konta przedsiębiorcy.  W tytule przelewu wpisano numer faktury, za którą dokonano opłaty.  Jeśli NIE, konieczne jest złożenie oświadczenia zawierającego co najmniej informację, iż „Opłata dokonana w dniu XX.XX.20XX r. w wysokości XXX,XX zł dotyczy opłaty za fakturę nr XXX”			<b>OBOWIĄZKOWY</b>

6.	<input type="checkbox"/>	<p>Potwierdzona za zgodność z oryginałem przez przedsiębiorcę <b>kopia dokumentu/dokumentów potwierdzających ukończenie usługi rozwojowej.</b></p> <p><b>Dokument (zaświadczenie / certyfikat lub inne) potwierdzający ukończenie usługi rozwojowej przez uczestnika indywidualnego</b> zawiera co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nazwę usługobiorcy (tj. przedsiębiorstwa kierującego pracownika do udziału w usłudze rozwojowej)</li> <li>• imię i nazwisko uczestnika usługi rozwojowej,</li> <li>• ID wsparcia zgodnie z podpisaną umową wsparcia</li> <li>• nazwa usługi rozwojowej (zgodnie z Kartą usługi)</li> <li>• numer usługi rozwojowej (zgodnie z Kartą usługi)</li> <li>• termin realizacji usługi rozwojowej (zgodnie z Kartą usługi i faktycznymi terminami realizacji usługi),</li> <li>• liczbę godzin usługi rozwojowej rozumianej jako liczbę godzin szkoleniowych zegarowych lub dydaktycznych (zgodną z Kartą usługi),</li> <li>• informację na temat efektów uczenia się, kod kwalifikacji w ZRK (o ile dotyczy)</li> <li>• suplement do zaświadczenia / certyfikatu (<u>o ile dotyczy</u>) – zawiera imię i nazwisko uczestnika indywidualnego i/lub numer zaświadczenia / certyfikatu</li> </ul> <p><b>Dokumenty niezawierające powyższych danych będą kierowane do poprawy.</b></p>			<b>OBOWIĄZKOWY</b>
7.	<input type="checkbox"/>	<p><b>Dokumentacja potwierdzającą realizację usługi w formie zdalnej lub mieszanej:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zrzuty z ekranu</li> <li>• wygenerowane z systemu potwierdzenie obecności uczestnika na usłudze rozwojowej</li> <li>• listy obecności / mailowe potwierdzenie obecności)</li> </ul>			jeśli dotyczy (na wezwanie Operatora)
8.	<input type="checkbox"/>	<p>Dokumenty potwierdzające zatrudnienie pracowników w okresie nie krótszym niż 3 miesiące przed rozpoczęciem udziału w usłudze rozwojowej</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ZUS RCA – imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach za 3 miesiące przed rozpoczęciem udziału w usłudze rozwojowej</li> </ul>			<b>OBOWIĄZKOWY</b> -dla każdego PRACOWNIKA skierowanego do udziału w usługach rozwojowych
9.	<input type="checkbox"/>	<p>Dokumenty potwierdzające zatrudnienie pracowników w okresie trwania usługi rozwojowej, w której pracownik brał udział</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ZUS RCA – imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach za miesiąc (miesiące), w których realizowana była usługa rozwojowa</li> </ul>			<b>NA WEZWANIE OPERATORA</b> -dla każdego PRACOWNIKA skierowanego do udziału w usługach rozwojowych
10.	<input type="checkbox"/>	Inne (jakie?) .....			jeśli dotyczy

Lp.	Oświadczenia
1.	Oświadczam, iż przedłożony wniosek refundacyjny jest <b>kompletny – wypełniono wszystkie pola oraz dołączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do otrzymania refundacji</b>
2.	<p>Wszystkie kopie dokumentów – załączników do wniosku refundacyjnego – zostały potwierdzone za zgodność z oryginałem <b>przez przedsiębiorcę</b> co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• czytelnym podpisem lub parafką + pieczęcią imienną,</li> <li>• pieczęcią przedsiębiorstwa (o ile istnieje),</li> <li>• datą dokonania potwierdzenia</li> </ul>
3.	<p>Osoba do kontaktu w sprawie wniosku refundacyjnego (przedsiębiorca / właściciel MŚP lub pracownik wnioskującego o wsparcie MŚP):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• imię i nazwisko - .....</li> <li>• numer telefonu, adres e-mail - .....</li> </ul>
Miejscowość, data	<p>Pieczęć przedsiębiorstwa (o ile dotyczy)</p> <p>Czytelny podpis osoby (osób) uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa lub podpis z pieczęcią imienną (zgodnie z dokumentem rejestrowym)</p>

