**FORMULARZ ZMIAN DO BIZNESPLANU**

w ramach projektu „ŚWIDNICKI INKUBATOR PRZEDSIĘBIORCZOŚCI 2”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Świdnicki Inkubator Lotniczy Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością na podstawie Umowy o dofinansowanie projektu zawartej z Instytucją Zarządzającą

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

Oś Priorytetowa 9 *Rynek pracy*, Działanie 9.3 *Rozwój przedsiębiorczości*

|  |
| --- |
| **FORMULARZ WPROWADZANIA ZMIAN**  |
| **DANE DOTYCZĄCE UMOWY O UDZIELENIE WSPARCIA FINANSOWEGO** **NA ROZPOCZĘCIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ** |
| NUMER UMOWY  |  |
| UMOWA Z DNIA  |  |

**ZESTAWIENIE PROPONOWANYCH ZMIAN W CZĘŚCI MERYTORYCZNEJ BIZNESPLANU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | PUNKT W BIZNESPLANIE | ZAPIS PRZED ZMIANĄ | ZAPIS PO ZMIANIE | UZASADNIENIE PROPOZYCJI DOKONANIA ZMIAN W BIZNESPLANIE |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**ZESTAWIENIE PROPONOWANYCH ZMIAN W KOSZTACH URUCHOMIENIA PRZEDSIĘWZIĘCIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CZĘŚĆ V. OPŁACALNOŚĆ I EFEKTYWNOŚĆ EKONOMICZNA PRZEDSIĘWZIĘCIA1. PRZEWIDYWANE WYDATKI WRAZ Z UZASADNIENIEMII. KOSZTY URUCHOMIENIA PRZEDSIĘWZIĘCIA | KWOTA PRZED ZMIANĄ | KWOTA PO ZMIANIE | KWOTA ZMNIEJSZENIA/ ZWIĘKSZENIA | UZASADNIENIE PROPOZYCJI DOKONANIA ZMIAN W KOSZTACH URUCHOMIENIA PRZEDSIĘWZIĘCIA |
| NUMER I NAZWA WYDATKU  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

***Uwaga:***

1. Wnioskowane w niniejszym formularzu zmiany wymagają akceptacji Beneficjenta (Świdnickiego Inkubatora Lotniczego Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością).
2. Biznesplan podlegał ocenie przez niezależnych ekspertów i nie można w nim dokonywać dowolnych zmian, które wymagałyby ponownej jego oceny.
3. Konieczne jest złożenie formularza zmian przed poniesieniem wydatku. Należy złożyć formularz wprowadzania zmian przez poniesieniem wydatku, którego zmiana dotyczy.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | ……………………………………………………………….. |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* |  *CZYTELNY PODPIS* |
|  |  |

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA BENEFICJENT** **(ŚWIDNICKI INKUBATOR LOTNICZY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ)** |
| ⬜ ZGODA BENEFICJENTA |
| ⬜ WYMAGA ANEKSU DO UMOWY |
| ⬜ NIE WYMAGA ANEKSU DO UMOWY |
| ⬜ BRAK ZGODY BENEFICJENTA |

**UZASADNIENIE** (w przypadku braku zgody Beneficjenta)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| DATA WERYFIKACJI  |  |
| PODPIS OSOBY WERYFIKUJĄCEJ  |  |
| ZATWIERDZAM |  |