**FORMULARZ ZMIAN DO WSPARCIA POMOSTOWEGO**

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 FINANSOWEGO WSPARCIA POMOSTOWEGO**  |
| NUMER UMOWY  |  |
| UMOWA Z DNIA  |  |

**ZESTAWIENIE PROPONOWANYCH ZMIAN W ZESTAWIENIU WYDATKÓW ZE WSPARCIA POMOSTOWEGO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | RODZAJ WYDATKU | KWOTA PRZED ZMIANĄ | KWOTA PO ZMIANIE | KWOTA ZMNIEJSZENIA/ ZWIĘKSZENIA | UZASADNIENIE PROPOZYCJI DOKONANIA ZMIAN W WYDATKACH ZE WSPARCIA POMOSTOWEGO |
| 1  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

**ZESTAWIENIE PROPONOWANYCH ZMIAN KATEGORII WYDATKÓW**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | KATEGORIA WYDATKU PRZED ZMIANĄ | KWOTA KATEGORII WYDATKU PRZED ZMIANĄ | KATEGORIA WYDATKU PO ZMIANIE | KWOTA KATEGORII WYDATKU PO ZMIANIE | UZASADNIENIE PROPOZYCJI DOKONANIA ZMIAN W KATEGORIACH I KWOTACH WYDATKÓW |
| 1  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

***Uwaga:***

1. Wnioskowane w niniejszym formularzu zmiany wymagają akceptacji Beneficjenta (Świdnickiego Inkubatora Lotniczego Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością).
2. Wniosek o przyznanie finansowego wsparcia pomostowego 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, zmianą kategorii. Należy złożyć formularz wprowadzania zmian przez poniesieniem wydatku, kategorii 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 |  |