



PROGRAM FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PFRON

Wypełnia Realizator

Numer wniosku:

Data wpływu:

**WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu AKTYWNY
SAMORZĄD - MODUŁ I – Obszar A – Zadanie 4
Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu**

(Wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu. We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i 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 rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.)

Informacje dotyczące Wnioskodawcy

(dane Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego dla małoletniego wnioskodawcy, opiekuna prawnego, Pełnomocnika)

Imię i nazwisko																	
Data urodzenia																	
Dowód osobisty	Seria:						Wydany przez:										
	Numer:						W dniu: ważny do:										
PESEL														pleć	kobieta		mężczyzna
Gospodarstwo domowe:	<input type="checkbox"/> samodzielne			<input type="checkbox"/> wspólne			<input type="checkbox"/> osoba samotnie wychowująca osobę zależną										
Stan cywilny: :	<input type="checkbox"/> wolny			<input type="checkbox"/> żonaty/zamężna			Kontakt telefoniczny:										
Adres email:																	

Miejsce zamieszkania

Ulica	Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość	Kod pocztowy			
Województwo	Powiat			

Informacje dotyczące podopiecznego

Imię i nazwisko																	
Data urodzenia							pokrewieństwo										
PESEL														pleć	kobieta		mężczyzna
Miejsce zamieszkania																	
Ulica	Nr domu		Nr lokalu														
Miejscowość	Kod pocztowy																
Województwo	Powiat																

Dochód gospodarstwa domowego			
Przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosił zł (zgodnie z załącznikiem nr 2 do wniosku)			zł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi			osób
Osoba zatrudniona <input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/>			
S Stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące			<input type="checkbox"/>
Stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące			<input type="checkbox"/>
Działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r. poz. 2336, z późn. zm.)			<input type="checkbox"/>
Działalność gospodarczą w rozumieniu Ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. poz. 646 z późn. zm.)			<input type="checkbox"/>
Stosunek pracy na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy			<input type="checkbox"/>
Staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1265, z późn. zm.)			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> na czas określony od dnia..... do dnia.....		<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony	
Nazwa pracodawcy i adres miejsca pracy			
Wykształcenie wnioskodawcy			
<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> inne jakie:			
Rejestracja w Urzędzie Pracy		Nie dotyczy <input type="checkbox"/>	
Osoba bezrobotna (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach)			<input type="checkbox"/>
Osoba poszukująca pracy nie pozostająca w zatrudnieniu (okres rejestracji w Urzędzie Pracy w pełnych miesiącach)			<input type="checkbox"/>
Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (tylko jedna odpowiedź)			
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji		<input type="checkbox"/> znaczny	<input type="checkbox"/> I grupa
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy		<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> II grupa
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy		<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> III grupa
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności do 16. r. ż			
Rodzaj niepełnosprawności (tylko w przypadku posiadania orzeczenia z MZON lub PZON)			
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 04-O narząd wzroku	<input type="checkbox"/> 07-S układ oddechowy/krążenia	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 05-R narząd ruchu	<input type="checkbox"/> 08-T układ pokarmowy	<input type="checkbox"/> 11-I inne
<input type="checkbox"/> 03-L narząd słuchu/zaburzenia mowy	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 09-M układ moczowo - pęciowy	<input type="checkbox"/> 12-C zaburzenia rozwojowe

Specyfikacja przedmiotu dofinansowania (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł)
<input type="checkbox"/>	Komunikatory/ tablice	
<input type="checkbox"/>	Tablet/ telefon z możliwością rozmów tekstowych	
<input type="checkbox"/>	Oprogramowanie, jakie;	
<input type="checkbox"/>	Aplikacje, jakie;	
<input type="checkbox"/>	sygnalizator	
<input type="checkbox"/>	Dodatkowe oświetlenie	
<input type="checkbox"/>	Wskaźniki optyczne	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	
RAZEM		
Informacje uzupełniające		
<input type="checkbox"/> Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji, nr rejestracyjny <input type="checkbox"/> Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu		
<input type="checkbox"/> użytkuje <input type="checkbox"/> nie użytkuje samodzielnie samochód, którego jestem właścicielem		
<input type="checkbox"/> Użytkuję samochód marki rok produkcji nr rejestracyjny na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).		
<input type="checkbox"/> Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa).....jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka:..... rok produkcji, nr rejestracyjny		
<input type="checkbox"/> Nie posiadam oprzyrządowania samochodu <input type="checkbox"/> posiadam oprzyrządowanie samochodu: (jakie)		
CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:		
<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK w roku w ramach a także w roku w ramach		

- podpisania umowy,
- 5) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- 6) w ciągu ostatnich 3 lat byłem(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązyanej z przyczyn leżących po mojej stronie: TAK - NIE,
- 7) posiadam środki na udział własny co najmniej 15% ceny brutto,
- 8) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy przedmiotu dofinansowania lub rachunek bankowy Wnioskodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innego dowodu księgowego, z odroczonym terminem płatności maksymalnie do 30 dni od daty wystawienia oraz dostarczeniu dowodu uiszczenia udziału własnego Wnioskodawcy, bądź adnotacji na rachunku lub fakturze VAT, że Wnioskodawca wpłacił gotówką udział własny (o ile dotyczy).

WAŻNE

- Z uczestnictwa w programie wyłączeni są Wnioskodawcy, którzy po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz.U. z 2018, poz. 511, z późn. zmianami), w tym również w ramach programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON, naruszyli warunki umowy (między innymi poprzez nieterminowe lub nienależyte wykonywanie zobowiązań wynikających z umowy) i nie doprowadzili do usunięcia uchybień do dnia złożenia wniosku.
- Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
- W przypadku, gdy wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.
- Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

Radziejów, dn./...../20.....r.

.....
podpis Wnioskodawcy

Załączniki wymagane do wniosku

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>			
		Dołączono do wniosku	Nie dołączono do wniosku	Nie dotyczy	Data uzupełnienia /uwagi
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.	Klauzula Informacyjna- Załącznik nr 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.	Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą, jeżeli są takie osoby (w przypadku załączenia dokumentu należy do wniosku załączyć wypełniony przez tą osobę załącznik nr 1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia <i>(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Kopia prawa jazdy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Kopia dowodu rejestracyjnego samochodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Inne załączniki (należy wymienić):				
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Radziejów, dn./...../20.....r.

.....
podpis, pieczęć pracownika Realizatora programu

CZĘŚĆ B WNIOSKU O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

Deklaracja bezstronności			
Oświadczam, że:			
1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,			
2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,			
3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,			
4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.			
Zobowiązuję się do:			
- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,			
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,			
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,			
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.			
Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania)

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU			
Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	

6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki)	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
8.	Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
9.	Wniosek kompletny w dniu przyjęcia	<input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:	/...../ 2019 r.	
Weryfikacja formalna wniosku:		<input type="checkbox"/> pozytywna	<input type="checkbox"/> negatywna

pieczętka imienna pracownika programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej/...../ 20.... r.

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej/...../ 20.... r. (o ile dotyczy)

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie	
--	--

KARTA OCENY WNIOSKU					
nr:..... - dotyczy MODUŁU I					
Kryteria oceny wniosku- punktacja stała		Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja wniosku	
1 Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności:					
a)	Stopień niepełnosprawności (jeden stopień do wyboru)	Znaczny (I grupa inwalidzka)	10	35	
		Umiarkowany (II grupa inwalidzka)	5		
b)	Osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub brakiem obu kończyn górnych lub niewidome		5		
	osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jedne nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niewidzące		5		
c)	Osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome		5		
d)	Występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia)- inne niż wymienione a lit a- c		5		
2 Punkty preferencyjne					
a)	Osoba zatrudniona (bez względu na formę i okres zatrudnienia)		72	72	
b)	Osoby , które w 2017 lub 2018 roku zostały poszkodowane w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych		18	18	
3. Aktualnie realizowany etap kształcenia (punkty preferencyjne)					
a)	Osoby studiujące		10	10	
b)	Osoby uczące się w szkole policealne i średniej		10		
c)	Osoby uczące się w szkole podstawowej i gimnazjum		10		
4. Miejsce zamieszkania					

a)	Wieś/ miasto do 5 tys. mieszkańców	10	10	
b)	Miasto powyżej 5 tys. mieszkańców	5		
5. Inne kryteria:				
a)	Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem	5	35	
b)	Dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy	5		
c)	Szczególne utrudnienia Wnioskodawcy	10		
d)	Wniosek był kompletny w dniu przyjęcia	5		
e)	Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów, uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia	10		

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU			
	Liczba punktów ogółem	Proponowana kwota dofinansowania (w złotych)	Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń
Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku	pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> data i czytelny podpis eksperta

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:/...../20... r.

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRONpozytywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....negatywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....**Deklaracja bezstronności****Oświadczam, że:**

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):**Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 4**

.....zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....2019. r.

data

.....

podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

*pieczętki imienne pracowników programu
przygotowujących/podpisujących umowę*

*pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki
organizacyjnej Realizatora programu*