WZÓR Załącznik nr 11b

do Procedur

.......................................................

*(pieczęć Oddziału PFRON)*

**Zestawienia organizacji – adresatów programu „Partnerstwo dla osób z niepełnosprawnościami” i projektów, które uzyskały kwalifikację ostateczną PFRON do uczestnictwa w programie**

**w ramach konkursu nr …………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **nazwa organizacji** | **tytuł projektu** | **nr projektu** | **okres realizacji projektu** | **wartość projektu w PLN** | **wymagany do wniesienia wkład własny finansowy w PLN** | | | | | | |
| **limit (razem)** | środki bieżące | | | środki inwestycyjne | | |
| rok …. | rok … | rok …. | rok … | rok …. | rok … |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

................................. ................................................................

*(miejscowość i data) (podpisy i pieczątki imienne Pełnomocników Zarządu PFRON w Oddziale)*