WZÓR

Załącznik nr 1

do Umowy realizacyjnej

**Zestawienie organizacji – adresatów programu „Partnerstwo** **dla osób z niepełnosprawnościami”   
i projektów, które uzyskały dofinansowanie ze środków RPO**

**Województwa …………………………………. oraz środki PFRON na wkład własny**

(nazwa województwa)

## w ramach konkursu nr …………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **nazwa organizacji** | **adres 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. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | **Razem:** |  |  |  |  |  |  |  |

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

*(miejscowość i data)*

|  |  |
| --- | --- |
| ................................. ................................  *(podpisy i pieczątki imienne Pełnomocników*  *Zarządu PFRON w Oddziale)* | ................................. ................................  *(podpisy i pieczątki imienne osób statutowo uprawnionych  do reprezentowania IOK i zaciągania zobowiązań finansowych)* |