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** | **% wkładu własnego do wartości projektu**  | **wymagany do wniesienia wkład własny finansowy w PLN** |
| **limit (razem)** | środki bieżące | środki inwestycyjne |
| rok …. | rok … | rok … | rok …. | rok … | rok … |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **Razem:** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Planowany schemat przekazywania transz wkładu własnego ze środków PFRON dla** …. (nazwa organizacji) **na projekt** (numer, tytuł)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numer transzy** | **Rodzaj pokrywanych wydatków (wkład własny do kosztów kwalifikowalnych, VAT, wkład własny do innych kosztów niekwalifikowalnych), refundacja lub zaliczka** | **Przewidywana kwota** | **Przewidywana data płatności** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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)* |