Załącznik nr 7

do Umowy o udzieleniu bonu na innowacje

…………..…………………………………  
Miejscowość, data

**Wniosek o refundację/dofinansowanie**

**w ramach projektu pn.: *Wsparcie systemu lubuskich innowacji***

|  |  |
| --- | --- |
| Nr ID wniosku |  |
| Data dostarczenia wniosku |  |

*(Należy wypełnić wyłącznie pola białe)*

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Numer Umowy o udzieleniu bonu na Innowacje** |  |
| **2. Nazwa i adres Grantobiorcy** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Nazwa i adres Wykonawcy Usługi** |  |
| **4. Numer faktury/rachunku wystawionego przez Wykonawcę Usługi** |  |
| **5. Numer konta bankowego figurujący na fakturze/rachunku wystawionej/-ym**  **przez Wykonawcę Usługi** |  |
| **6. Data zapłaty faktury/rachunku**  **przez Grantobiorcę** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7. Należność z faktury/rachunku obciążająca Grantobiorcę (PLN)** | ………………….. zł netto | …………………… zł brutto |
| **8. Wartość usługi wynikająca**  **z faktury/rachunku wystawionej/-go**  **przez Wykonawcę Usługi** | **E/ Wartość ogółem Usługi (brutto):**….. zł | |
| **F/ Wartość ogółem Usługi (netto):** …. zł | |
| **G/ Wartość ogółem VAT:** ……….. zł | |
| **H/ Wkład własny Wnioskodawcy ogółem:[[1]](#footnote-1)** … zł | |
| **9. Wnioskowana do wypłaty wartość bonu** | **…………… zł** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Okres realizacji Usługi** | | | | |
| Data rozpoczęcia  i zakończenia |  | | | |
| **Opis efektów wypracowanych podczas realizacji Usługi** *Co powstało w wyniku realizacji Usługi? Jakie są produkty Usługi?*  *(Wypełnia Grantobiorca)* | | | | |
|  | | | | |
| **Innowacyjność efektów Usługi** Szczegółowy opis opracowanej innowacyjności, w tym podanie jej charakteru (produktowa, procesowa)  i zasięgu (regionalna, krajowa, międzynarodowa).*(Wypełnia Wykonawca)* | | | | |
|  | | | | |
| **Propozycja wdrożenia wypracowanej innowacyjności** *(Wypełnia Grantobiorca)* | | | | |
|  | | | | |
| **Komercjalizacja** Rynkowe wykorzystanie/ komercjalizacja wyników Usługi, atrakcyjność rynkowa przedsięwzięcia, bariery wprowadzenia efektów Usługi na rynek, sposoby ich niwelacji, identyfikacja zasobów potrzebnych do komercjalizacji, źródła pochodzenia zasobów, wpływy efektów na sytuację rynkową firmy*.**(Wypełnia Grantobiorca)* | | | | |
|  | | | | |
| **Opis korzyści dla Grantobiorcy ze zrealizowanej Usługi** *(Wypełnia Grantobiorca)* | | | | |
|  | | | | |
| **Opinia Grantobiorcy o współpracy i efektach pracy Wykonawcy** *(Wypełnia Grantobiorca)* | | | | |
|  | | | | |
| **Dodatkowe uwagi** | | | | |
| Wykonawcy: | |  | | |
| Grantobiorcy: | |  | | |
| **Lista załączników** | | | | |
| 1. Kopia faktury VAT lub inny równoważny dokument księgowy wystawiony przez Wykonawcę | | | □ Tak | □ Nie |
| 2. Kopia umowy o przeniesieniu autorskich praw majątkowych i/lub praw własności przemysłowej na rzecz Grantobiorcy | | | □ Tak | □ Nie |
| 3. Inne, jakie? | | | | |
|  | | | | |

Na podstawie zapisów § 1Umowy o udzieleniu bonu na innowacje wnioskuję o refundację kwoty wynikającej z poz. 9 niniejszego Wniosku na rachunek bankowy prowadzony w Banku ……………………………………………… nr konta (26 cyfr):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że:

1. wydatki zostały poniesione w sposób oszczędny, tzn. niezawyżony w stosunku do średnich cen i stawek rynkowych i spełniający wymogi uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów.
2. nie wystąpiło podwójne dofinansowania wydatków.
3. mam / nie mam[[2]](#footnote-2) prawnej możliwości odzyskania podatku VAT.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o odpowiedzialności karnej na podstawie art. 237 Ustawy z dn 06.06.1997 Kodeksu Karnego (Dz.U. Nr 88, poz. 553 z późniejszymi zmianami) za składanie nieprawdziwych oświadczeń.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko lub pieczęć imienna osoby uprawnionej do reprezentowania Grantobiorcy | Data i podpis | Pieczęć firmowa |
|  |  |  |

**Sprawdzono pod względem merytorycznym ..........................................................**

**(Koordynator projektu)**

Sprawdzono pod względem formalno–rachunkowym i akceptuje się do wypłaty kwotę Grantu w wysokości:

…………………………………………………………..……….… zł, słownie ….........……………………………..

………………………………………

Podpis

**PROTOKÓŁ ZDAWCZO-ODBIORCZY USŁUGI**

|  |
| --- |
| **Nazwa Wykonawcy przekazującego wykonaną Usługę** |
|  |
| **Nazwa Grantobiorcy odbierającego Usługę** |
|  |
| **Nazwa Usługi** |
|  |
| **Ja, niżej podpisany/a potwierdzam przekazanie powyższej Usługi realizowanej w ramach projektu „Wsparcie systemu lubuskich innowacji”, realizowanej na podstawie Umowy . . . . . . . . . . . . . . z dnia . . . . . . . . . .** |
| ……………………………………. ……………………………………. *(miejscowość i data) (Podpis i pieczątka Wykonawcy)* |
| **Ja, niżej podpisany/a potwierdzam odbiór powyższej Usługi realizowanej  w ramach projektu „Wsparcie systemu lubuskich innowacji”, realizowanej na podstawie Umowy . . . . . . . . . . . . . . z dnia . . . . . . . . . i nie wnoszę do niej uwag.** |
| ……………………………………. ……………………………………. *(miejscowość i data) (Podpis i pieczątka Grantobiorcy)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wypełnia Operator** | |
| Po przeprowadzonej weryfikacji powyższego sprawozdania uznaję zrealizowaną Usługę za zgodną z warunkami Umowy o udzielenie wsparcia (należy zaznaczyć jedną z opcji): | |
| □ Tak | □ Nie |
| Uzasadnienie (należy wypełnić, w przypadku nie zrealizowania Usługi zgodnie  z Umową o udzielenie wsparcia) | |
|  | |
| Miejscowość i data | Podpis Opiekuna Umowy |

1. Minimum 15% wartości netto Usługi [↑](#footnote-ref-1)
2. Niewłaściwe skreślić. [↑](#footnote-ref-2)