Zał. 3 do umowy stażowej

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOTA KSIĘGOWA | | NR …./………………………………. |
| Data wystawienia: | Termin płatności: | |
| Metoda płatności: przelew | | ORYGINAŁ |
| Nr konta: | |

Adresat:

Fundacja Incept,

Wyb. Józefa Conrada-Korzeniowskiego 2/20,

50-226 Wrocław,

NIP: 8952035033

Wystawca:

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

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

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

NIP ............................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Obciążyliśmy | Waluta | Treść | Uznaliśmy | Waluta |
| 1 | …………… | PLN | Wynagrodzenie Opiekuna stażysty za opiekę nad ………………………………………. za okres …………………………………………… | - | - |

Razem: ……………………………. PLN

Słownie: ……………………………………………………… złotych 00/100

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

(wystawca) (adresat)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOTA KSIĘGOWA | | NR …./………………………………. |
| Data wystawienia: | Termin płatności: | |
| Metoda płatności: przelew | | ORYGINAŁ |
| Nr konta: | |

Adresat:

Fundacja Incept,

Wyb. Józefa Conrada-Korzeniowskiego 2/20,

50-226 Wrocław,

NIP: 8952035033

Wystawca:

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

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

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

NIP ............................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Obciążyliśmy | Waluta | Treść | Uznaliśmy | Waluta |
| 1 | …………………… | PLN | Wynagrodzenie Opiekuna stażysty za opiekę nad ………………………………………. za okres …………………………………………… | - | - |

Razem: ……………. PLN

Słownie: ……………………………………………………………… złotych 00/100

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

(wystawca) (adresat)

Załącznik do Noty księgowej

**Projekt „Praca i lepsze jutro”, nr RPDS.08.02.00-02-0017/22**

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa, realizowany przez Fundację Incept, HORYZONTARIUM Martyna Radywoniuk oraz Fundację „SPEKTRA” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020, Oś priorytetowa 8 Rynek pracy, Działanie 8.2 Wsparcie osób poszukujących pracy.

………………………………….

(pieczęć firmowa organizatora)

# Oświadczenie Organizatora

Pan(i) ……………………………………………………...……………………………………..………………………………..

(imię i nazwisko opiekuna stażysty)

Była opiekunem stażysty ……………………………...………………………………………………………………………….

(Imię i nazwisko stażysty)

w okresie od …….………………………. do ……..………………………….

w …………………………………………...……………………………………...………………………………...………………………………………………

(nazwa i adres pracodawcy)

w zawodzie ……………………………………………...…………………………………………………………………………

na stanowisku …………………………………………………...…………………………………………………………………

Oświadczam, iż refundacja dodatku do wynagrodzenia opiekuna stażysty, w sytuacji, gdy nie został zwolniony od świadczenia pracy, wynosi **10% zasadniczego wynagrodzenia opiekuna stażysty** wraz ze wszystkimi składnikami wynagrodzenia wynikającego ze zwiększonego zakresu zadań (opieka nad grupą stażystów/stażystą za realizację 150 h stażu zawodowego), ale nie więcej niż 500,00 PLN/m-c. Wysokość wynagrodzenia opiekuna stażysty nalicza się proporcjonalnie do liczby godzin stażu zawodowego zrealizowanych przez uczestników projektu;

Oświadczam, iż nie zalegam ze składkami na ubezpieczenia społeczne, w urzędzie skarbowym oraz innymi opłatami na rzecz skarbu państwa.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 6 Kodeksu karnego, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość powyższych danych.

………………………………………………………………

(data i podpis organizatora)

Projekt „Praca i lepsze jutro” współfinansowany ze środków budżetu państwa i Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu