|  |  |
| --- | --- |
| DATA WPŁYWU FORMULARZA | SYGNATURA FORMULARZA |
|  |  |

**Fundacja ŚKSM „Kaganek”**

ul. Sandomierska 105, 25-324 Kielce

mail: fundacja@sksmkielce.pl

…………………………………………..

Miejscowość i data

Formularz rozliczenia wsparcia w ramach programu „Szychta”

1. **Podstawowe informacje o podmiocie:**

Nazwa podmiotu:

Adres:

NIP:

REGON:

E-mail:

Strona www:

Osoba kontaktowa (maila, telefon):

1. **Informacja o projekcie:**

Nazwa projektu:

Obszar wsparcia:

Kwota darowizny:

Osiągnięte efekty/rezultaty projektu:

Miejsce realizacji projektu:

Termin realizacji projektu:

Sposób informowania o dofinansowaniu projektu przez Fundację ŚKSM „Kaganek”:

1. **Zestawienie faktur, rachunków, umów wraz z opisem kosztów:**
2. **Spis załączników:**
3. **Wykaz załączonych zdjęć i zgód wizerunkowych:**

Oświadczam/y, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą, postanowieniami Regulaminu „Szychta” oraz umową z Fundacją.

…………………….……………………

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej

 do reprezentowania organizacji)

………………………………………….

 (pieczęć instytucji)

Wyrażam/y nie wyrażamy zgodę na nieodpłatne wykorzystanie treści zawartych w niniejszym Formularzu w komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej Fundacji ŚKSM „Kaganek” i Fundatora Fundacji.

…………………….……………………

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej

 do reprezentowania organizacji)

………………………………………….

 (pieczęć instytucji)