

Wniosek o Płatność
Fundusz Stypendialny i Szkoleniowy
Mobilność Studentów i Pracowników Uczelni

Identyfikacja projektu

Nazwa Beneficjenta	Numer umowy
Numer Karty Erasmusa dla Szkolnictwa Wyższego ECHE	

Prawny przedstawiciel Beneficjenta

Pan/Pani	Imię	Nazwisko
Tytuł naukowy		Stanowisko służbowe

Osoba do kontaktu - koordynator projektu FSS

Pan/Pani	Imię	Nazwisko	Tytuł naukowy
Stanowisko służbowe	Telefon	Fax	E-mail

1. Prosimy o podanie informacji o otrzymanych płatnościach okresowych:

Płatność okresowa nr	Kwota [PLN]	Data otrzymania płatności okresowej
Suma [PLN]		

FSS/2015/MOB/WOF/xxxx



2. Prosimy o uzupełnienie poniższej „Listy zrealizowanych płatności” z uwzględnieniem wszystkich zrealizowanych w ramach projektu płatności.

Imię i nazwisko uczestnika indywidualnego	Typ mobilności	Koszty specjalne	Przyznane całkowite dofinansowanie na utrzymanie i podróż [PLN]	Wyplacone dofinansowanie utrzymania i podróży [PLN]	Wyplacone kwoty OM [PLN]	ECHE uczelni przyjmującej (jeśli dotyczy)	Data rozpoczęcia wymiany	Całkowity, planowany czas wymiany (studenci: liczba tygodni, pracownicy: liczba dni)

Suma w podziale na kategorie budżetowe		
Suma ogółem		



Podsumowanie

Kwota dotychczas otrzymanych zaliczek	0,00 PLN
Kwota wydatkowana do dnia złożenia niniejszego Raportu	0,00 PLN
Różnica (nie może być większa niż 30% ostatniej wypłaconej zaliczki)	0,00 PLN

My niżej podpisani oświadczamy, że na wymiany w ramach projektu , do dnia z otrzymanej całkowitej kwoty zaliczek **PLN** wykorzystano **PLN**.

W związku z wykorzystaniem 70% ostatniej otrzymanej płatności zaliczkowej oraz 100% wszystkich wcześniejszych płatności (jeśli dotyczy), zwracamy się o wypłatę kolejnej płatności zaliczkowej.

.....
Prawny przedstawiciel Beneficjenta/osoba upoważniona
Podpis i pieczęć imienna

.....
Kwestor/Główny Księgowy/Dyrektor Finansowy
Podpis i pieczęć imienna

.....
Miejscowość i data

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć instytucji Beneficjenta

FSS/2015/MOB/WOF/xxxx

