



Załącznik nr 6 do Regulaminu projektu „Równość szans dla kadr sektora edukacji i nauki”, FEWP.06.03-IP.01-0020/24

OŚWIADCZENIE PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGĘ OPIEKI NAD DZIECKIEM

NAZWA PODMIOTU	
ADRES	
NIP/REGON (jeśli dotyczy)	

Niniejszym potwierdza się realizację usługi opieki nad dzieckiem:

IMIĘ I NAZWISKO	
-----------------	--

na rzecz uczestnika/uczestniczki projektu „Równość szans dla kadr sektora edukacji i nauki”, FEWP.06.03-IP.01-0020/24

IMIĘ I NAZWISKO	
-----------------	--

MIEJSCE REALIZACJI USŁUGI	
ŁĄCZNY KOSZT OPIEKI NAD DZIECKIEM PROSZĘ WPISĄĆ KWOTĘ BRUTTO	

Podmiot świadczący usługę opieki potwierdza, że:

- usługa opieki została faktycznie zrealizowana,
- wskazana powyżej kwota została poniesiona przez uczestnika/uczestniczkę projektu,
- podmiot nie ma możliwości wystawienia faktury lub rachunku za realizację przedmiotowej usługi.*

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis osoby uprawnionej / pieczęć)

* wypełnić wyłącznie w przypadku braku możliwości wystawienia faktury lub rachunk