

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGĘ OPIEKI NAD DZIECKIEM**

<b>NAZWA PODMIOTU</b>	
<b>ADRES</b>	
<b>NIP/REGON (jeśli dotyczy)</b>	

Niniejszym potwierdza się realizację usługi opieki nad dzieckiem:

<b>IMIĘ I NAZWISKO</b>	
------------------------	--

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

<b>IMIĘ I NAZWISKO</b>	
------------------------	--

<b>MIEJSCE REALIZACJI USŁUGI</b>	
<b>ŁĄCZNY KOSZT OPIEKI NAD DZIECKIEM</b> PROSZĘ WPISAĆ 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

*Projekt „Równość szans dla kadr sektora edukacji i nauki” realizowany w ramach Programu Regionalnego: Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027, Priorytet 6: Fundusze Europejskie dla Wielkopolski o silniejszym wymiarze społecznym (EFS+), Działanie 6.3: Wyrównywanie szans kobiet i mężczyzn na rynku pracy*