**Raport końcowy**

Wizyty Przygotowawcze

Fundusz Współpracy Dwustronnej

MF EOG 2014-2021 i NMF 2014-2021

Numer dokumentu: XXX

1. **IDENTYFIKACJA INICJATYWY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numer umowy |  | |
| Beneficjent |  | |
| Termin realizacji inicjatywy |  |  |

**Prawny przedstawiciel Beneficjenta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pan/Pani | Imię | | Nazwisko |
| Stanowisko służbowe | | Tytuł naukowy (jeśli dotyczy) | |
|  | | | |

**Osoba kontaktowa Beneficjenta (odpowiedzialna za przygotowanie raportu)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pan/Pani | Imię | | | Nazwisko |
| Stanowisko służbowe | | | Tytuł naukowy (jeśli dotyczy) | |
| Adres email | | Telefon | | |

**Uczestnicy *Wizyty Przygotowawczej*:**

|  |
| --- |
| Imię nazwisko, stanowisko, rodzaj powiązania z instytucją wysyłającą.  1.  2.  3. |

**Instytucja przyjmująca (prosimy o uaktualnienie danych)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa instytucji w języku ojczystym  (Institution name in native language) |  | |
| Nazwa instytucji w języku angielskim  (Institution name in English) |  | |
| Ulica (Street) |  | Nr domu/lokalu (Street no. / Place no.) |
| Kod pocztowy (ZIP code) |  | Miejscowość (City/Town) |
| Typ instytucji  (Institution type) | ⭘ Niepubliczna ⭘ Publiczna  (Non-public) (Public) | |
| Rodzaj instytucji  (institution type) | lista rozwijana | |
| Region (Region) | Kraj (Country) | Strona www (Website) |
| Osoba kontaktowa (imię i nazwisko): | Stanowisko |  |
| E-mail osoby kontaktowej | Telefon (Phone no.) |  |

**Czy współpracowali już Państwo z ww. instytucją przed odbyciem wizyty przygotowawczej?**

**o Tak**

**o Nie**

**I.1 Harmonogram wizyty**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Umowa ws. projektu | Raport końcowy |
| Data wyjazdu: |  |  |
| Data powrotu: |  |  |
| Liczba dni wizyty: |  |  |
| Liczba dni roboczych wizyty: |  |  |

1. **INFORMACJE OGÓLNE**

Raport należy wypełnić elektronicznie w systemie on-line (http://online.frse.org.pl), załączyć skan Oświadczenia podpisanego przez reprezentanta prawnego i przesłać elektronicznie.

Dokumentację potwierdzająca zrealizowanie wizyty w kategoriach ryczałtowych należy przesłać tylko na wezwanie Operatora Programu po analizie Raportu końcowego. W przypadku kategorii rozliczanych kosztami rzeczywistymi, należy zastosować kurs EUR naboru wniosków. Wymagane dokumenty opisane są w Przewodniku dla Wnioskodawców.

1. **CZĘŚĆ MERYTORYCZNA**
   1. **Proszę przedstawić działania podjęte w ramach zrealizowanej *Wizyty Przygotowawczej*:**

|  |
| --- |
| Limit 750-2000 znaków  **Pozostało: xxx/2000 znaków** |

**opis w języku angielskim:**

|  |
| --- |
| Limit 750-2000 znaków  **Pozostało: xxx/2000 znaków** |

* 1. **Czy inicjatywa została zrealizowana zgodnie z harmonogramem?**
* **Tak**
* **Nie**

[jeśli zaznaczono nie]

Proszę opisać zmiany oraz podjęte działania zaradcze.

|  |
| --- |
| Limit 750-2000 znaków |

**III.3 Wpływ wizyty przygotowawczej**

Proszę przedstawić, jak wizyta przygotowawcza wpłynęła na współpracę Państwa instytucji z instytucją przyjmującą oraz jakie są dalsze plany związane ze zrealizowaną wizytą przygotowawczą

|  |
| --- |
| Limit 750-2000 znaków |

1. **CZĘŚĆ FINANSOWA**

Wszelkie kwoty w Raporcie końcowym powinny być wyrażone w EUR. W przypadku kategorii naliczanych na podstawie kosztów rzeczywistych, dla kosztów wydatków rzeczywistych poniesionych w PLN lub innej walucie do przeliczeń na EUR należy stosować miesięczny kurs obrachunkowy wymiany ustalony przez Komisję Europejską z dnia naboru wniosków i opublikowany na jej stronie internetowej: <http://ec.europa.eu/budget/contracts_grants/info_contracts/inforeuro/inforeuro_en.cfm>

Kalkulator odległości do określenia stawki na pokrycie kosztów podróży znajduje się na stronie <https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/resources/distance-calculator_en>

Koszty różnic kursowych oraz straty powstałe na operacjach walutowych są kosztami niekwalifikowanymi.

**IV.1 Podróż uczestników**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P** | **Liczba uczestników wizyty (a)** | **Miejsce wyjazdu (b)** | **Kraj wyjazdu (c)** | **Miejsce przyjazdu (d)** | **Kraj przyjazdu (e)** | **Przedział odległości (f)** | **Stawka (g)** | **Kwota (h)**  **(a\*g)** |
| 1.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| suma | | | | | | | |  |

**IV.2 Utrzymanie uczestników**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **Liczba uczestników wizyty (a)** | **Liczba dni roboczych wizyty (b)** | **Liczba dni na podróż (c)** | **Liczba dni razem (d) (b+c)** | **Stawka (e)** | **Kwota (f)**  **(a\*d\*e)** |
| 2.1 |  |  |  |  | 200,00 |  |
| suma | | | | | |  |

**IV.3 Wsparcie organizacyjne – Instytucja Przyjmująca**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba dni roboczych wizyty (a)** | **Stawka (b)** | **Kwota (a\*b)** |
|  | 400,00 |  |

**IV.4 Wsparcie organizacyjne – Instytucja Wysyłająca**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba dni roboczych wizyty (a)** | **Stawka (b)** | **Kwota (a\*b)** |
|  | 300,00 |  |

**IV.5 Koszty** **dodatkowe związane ze specjalnymi potrzebami uczestników wizyty.**

W ramach inicjatywy zostały poniesione koszty dodatkowe związane ze specjalnymi potrzebami:

* Tak
* Nie

*(jeśli zaznaczono Tak)*

*Ta część dofinansowania rozliczana jest po kosztach rzeczywistych.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **numer dokumentu księgowego (a)** | **Opis wydatku (b)** | **Kwota dokumentu brutto (c)** | **Kwota kwalifikowalna z dokumentu (d)** | **Waluta dokumentu (e)** | **Data wystawienia dokumentu (f)** | **Data płatności (g)** | **Kurs EUR (h)** | **Kwota kwalifikowalna w EUR (nie większa niż wynikająca z umowy) (i)** |
|
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dodaj | |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Razem**

**IV.7** Podsumowanie części finansowej

|  |  |
| --- | --- |
| **Kategorie budżetowe** | **Koszty w EUR** |
| Podróż uczestników |  |
| Utrzymanie uczestników |  |
| Wsparcie organizacyjne – Instytucja Przyjmująca |  |
| Wsparcie organizacyjne – Instytucja Wysyłająca |  |
| Koszty dodatkowe związane ze specjalnymi potrzebami |  |
| **Łączne koszty:** |  |
| **w tym kwota przekazana instytucji przyjmującej:** |  |

1. **UWAGI I REKOMENDACJE**

Prosimy przedstawić wszelkie uwagi i rekomendacje mające na celu usprawnienie przyszłych działań, procedur administracyjnych, sposobu finansowania itd. w odniesieniu do *Wizyt Przygotowawczych*:

|  |
| --- |
| Limit 250-2000 znaków |

1. **WNIOSEK O ROZLICZENIE PŁATNOŚCI BILANSUJĄCEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| A. Przyznane dofinansowanie (zgodnie z umowa˛) [w EUR] |  |
| B. Suma poniesionych kosztów [w EUR] |  |
| C. Poziom dofinansowania [%] |  |
| D. Wkład własny [w EUR] |  |
| E. Kwota otrzymanej zaliczki [w EUR] |  |
| F. Końcowa płatność bilansująca [w EUR] |  |

1. **OŚWIADCZENIE I PODPIS**

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym raporcie są zgodnie z moją najlepszą wiedzą, prawidłowe. W szczególności zaś zawarte w nim informacje finansowe odpowiadają faktycznie zrealizowanym działaniom oraz kosztom poniesionym na realizację inicjatywyWnioskuję o realizację końcowej płatności bilansującej.

Miejsce: …………………. Data (dd/mm/rrrr): …………………………………

Numer Umowy ws. inicjatywy: ……………………………………………………

Nazwa organizacji beneficjenta: ……………………………………………….

Imię i nazwisko prawnego przedstawiciela: …………………………………………

Czytelny podpis. ……………………………………………………..

Pieczęć instytucji ……………………………………………………