



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WOJEWÓDZTWO
KUJAWSKO-POMORSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 8a - Karta weryfikacji projektu po uzupełnieniu/wyjaśnieniu

KARTA WERYFIKACJI PROJEKTU PO UZUPEŁNIENIU/WYJAŚNIENIU

NUMER KANCELARYJNY WNIOSKU:

INSTYTUCJA PRZYJMUJĄCA WNIOSEK:

NUMER KONKURSU:

TYTUŁ PROJEKTU:

SUMA KONTROLNA WNIOSKU:

NAZWA WNIOSKODAWCY:

OCENIAJĄCY:

DATA WYSŁANIA PISMA O UZUPEŁNIENIU/WYJAŚNIENIU:

DATA ODBIORU PISMA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ:

DATA ZŁOŻENIA UZUPEŁNIENIA/WYJAŚNIENIA:

DATA WYSŁANIA PONOWNEGO PISMA O WYJAŚNIENIU:

DATA ODBIORU PISMA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ:

DATA ZŁOŻENIA WYJAŚNIENIA:

WYNIK OSTATECZNEJ WERYFIKACJI W ZAKRESIE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIELANIA WSPARCIA

Warunek udzielenia wsparcia skierowany do uzupełnienia/wyjaśnienia	Weryfikacja ostateczna		
	Weryfikacja metodą „TAK-NIE” (spełnia/nie spełnia)		
1.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> BEZ ROZPATRZENIA
2.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> BEZ ROZPATRZENIA
3.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> BEZ ROZPATRZENIA
4.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> BEZ ROZPATRZENIA
5.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> BEZ ROZPATRZENIA

UZASADNIENIE NISPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIELENIA WSPARCIA WERYFIKOWANYCH METODĄ „TAK-NIE” (wypełnić, jeżeli powyżej zaznaczono „NIE” jako odpowiedź skutkującą negatywną weryfikacją przynajmniej jednego z warunków) **LUB POZOSTAWIENIA BEZ ROZPATRZENIA** (w przypadku niezuzupełnienia braków i oczywistych omyłek)/**UWAGI DODATKOWE**

CZY PROJEKT MOŻE BYĆ REKOMENDOWANY DO DOFINANSOWANIA?

(tzn. spełnia wszystkie warunki udzielenia wsparcia)

TAK

NIE

BEZ ROZPATRZENIA

.....

data i podpis członka KOP

.....

data i podpis Przewodniczącego KOP