|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOTA KSIĘGOWA | | **NR:** |
| Data wystawienia: | Termin płatności: **30 dni** | |
| Metoda płatności: **PRZELEW** | | ORYGINAŁ/KOPIA |

**Wystawca:**

NIP …………………………………..…..

**Nabywca:**

Gmina Kielce

ul. Rynek 1

25-303 Kielce

NIP 657-261-73-25

**Odbiorca:**

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Kielcach

ul. Studziennia 2

25-544 Kielce

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Obciążyliśmy | Waluta | Treść | Uznaliśmy | Waluta |
| 1. | …………. | **PLN** | *Tytułem:* zwrot refundacji kosztów dodatkowego wynagrodzenia przeznaczonego dla opiekuna stażysty nad Uczestnikiem Projektu pn. Planowanie i działanie – integracja społeczno-zawodowa społeczności Kielce współfinsnsowanego z EFS w ramach RPO WS na lata 2014-2020  Kwota brutto bez kosztów pracodawcy.  Wykaz opiekunów stażystów oraz osób odbywających staż wraz z numerami umów w załączniku. | 0,00 | **PLN** |

Razem: …………………………………….. PLN

Słownie: …………………………………………………………………………………………………… złotych 00/100

Nr konta bankowego: …………………………………………………………………………………………………………………………

........................................................... .........................................................

(wystawca) (odbiorca)