*Załącznik nr 1 do Regulaminu procedury zakupu i przekazania produktów i usług zakupionych w przedsiębiorstwach społecznych
w związku z przeciwdziałaniem skutkom wystąpienia COVID-19*

**WNIOSEK O UDZIELENIE WSPARCIA**

**w zakresie nieodpłatnego przekazania instytucjom pomocowym i innym uprawnionym podmiotom usług/produktów od zakupionych od PS
związanych z przeciwdziałaniem skutkom wystąpienia COVID-19**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł projektu:** | **Świętokrzyski Ośrodek Ekonomii Społecznej** |
| **Nr projektu:** | RPSW.09.03.01-26-0002/19 |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ I REJESTRACJA WNIOSKU (WYPEŁNIA ŚOWES)** |
| **Data wpływu wniosku** |  |
| **Numer rejestracyjny wniosku** | \_\_\_\_\_/COVID-19/ŚOWES/2020 |
| **CZĘŚĆ II DANE DOTYCZĄCE INSTYTCJI ZGŁASZAJĄCEJ ZAPOTRZEBOWANIE** |
| **Nazwa instytucji (np. OPS, podmiot, którego celem działania jest wspieranie osób defaworyzowanych, itp.)** |  |
| **NIP**  |  |
| **Adres**  |  |
| **Nr telefonu do kontaktu** |  |
| **E-mail** |  |
| **CZĘŚĆ III - INFORMACJE DOTYCZĄCE ZAPOTRZEBOWANIA** |
| **lp.** | **Nazwa usługi** | **ilość** |
| 1 | Np. dostawa ciepłych posiłków, usługi opiekuńcze, itd. Zgodnie z pkt.4 Regulaminu | Np. ilość osób potrzebujących wsparcia |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

|  |
| --- |
| Oświadczam, że wskazane osoby nie korzystają/nie będą korzystać z tej samej formy wsparcia w tym samym czasie, gdy zostaną objęte wsparciem ŚOWES w ramach mechanizmu zakupów interwencyjnych. |
| **Data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania instytucji:** |  |