**Załącznik nr 6 do Umowy wsparcia w ramach projektu pn. „Oferta Rozwoju Kwalifikacji i Kompetencji Kadr Zarządzających MMŚP w Zakresie Transformacji Cyfrowej”**

FORMULARZ WYKONANIA USŁUGI DORADCZEJ

**Umowa dotycząca refundacji kosztów usług rozwojowych**

**w ramach umowy o dofinansowanie projektu nr POWR.02.21.00-00-AM19/21-00**

**pn. Oferta Rozwoju Kwalifikacji i Kompetencji Kadr Zarządzających MMŚP w Zakresie Transformacji Cyfrowej**

**zawartej z Polską Agencją Rozwoju Przedsiębiorczości**

Nazwa Projektodawcy: Krajowe Centrum Pracy Sp. z o.o.

Tytuł projektu: „Oferta Rozwoju Kwalifikacji i Kompetencji Kadr Zarządzających MMŚP w Zakresie Transformacji Cyfrowej”

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Beneficjent |  | | | |
| ID usługi doradczej[[1]](#footnote-1) |  | | | |
| Imię i nazwisko doradcy |  | | | |
| Okres realizacji usługi doradczej | od |  | do |  |
| Miejsce realizacji usługi doradczej |  | | | |
| Forma usługi doradczej[[2]](#footnote-2) |  | | | |

Informacja o beneficjencie usługi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pełna nazwa przedsiębiorstwa |  | | |
| Ulica |  | nr budynku/lokalu |  |
| kod pocztowy |  | miejscowość |  |
| Województwo |  | NIP |  |
| nr tel./fax |  | e-mail |  |
| Liczba uczestników doradztwa |  | | |
| Nazwisko i imię pracownika / pracowników uczestniczącego /-ych w doradztwie |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Ewidencja usług doradczych w przedsiębiorstwie | | | | |
| Dzień  (dd-mm-rrrr) | Liczba godzin doradztwa\* | Imię i nazwisko doradcy | | Temat |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| Liczba godzin łącznie |  |
| \* Godziny zegarowe. Maksymalna liczba godzin pracy doradcy w jednym dniu to 8. | | | | |
| 1. Zakres usługi doradczej | | | | |
|  | | | | |
| 1. Rekomendacje/wytyczne/zalecenia dotyczące dalszych kroków, które powinien podjąć przedsiębiorca | | | | |
|  | | | | |
| 1. Spis wypracowanych dokumentów | | | | |
|  | | | | |
| 1. Odbiór doradztwa | | | | |
| Niniejszym podpisem potwierdzam odbiór usługi doradczej | | | Potwierdzam zakończenie wykonania usługi doradczej | |
|  | | |  | |
| Imię i nazwisko oraz podpis pracownika uczestniczącego w doradztwie | | |
|  | | |
| miejscowość, data, | | | miejscowość, data, oraz podpis doradcy | |

1. ID zgodne z BUR. W przypadku usługi BUR może to być nr nadany przez Operatora. [↑](#footnote-ref-1)
2. Doradztwo grupowe, coaching, mentoring [↑](#footnote-ref-2)