EUROPOS SOCIALINIO FONDO AGENTŪRAI

PRAŠYMAS

DĖL IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMO

201\_ m. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ mėn. \_\_\_\_ d.

*(data)*

**1. Informacija apie partnerį:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Partnerio pavadinimas**: |  | **Banko pavadinimas:** |  |
| **Įmonės kodas:** |  | **Banko kodas:** |  |
| **PVM mokėtojo kodas:** |  | **Sąskaitos Nr.:** |  |
| **Adresas:** |  | **Sutarties sudarymo data:** |  |
| **Telefono Nr.:** |  | **Sutarties Nr.:** |  |
| **Fakso Nr.:** |  |  |  |

**2. Informacija apie prašomas avansu kompensuoti išlaidas**:

|  |  |
| --- | --- |
| Prašomos avansu kompensuoti išlaidos (Eur): |  |

**3. Informacija apie prašomas kompensuoti patirtas išlaidas**:

|  |  |
| --- | --- |
| Prašomos kompensuoti patirtos išlaidos (Eur): |  |

**4. Partnerio deklaracija**

* pareiškiu, kad esu susipažinęs su ES teisės aktais nustatančiais administracinių išlaidų kompensavimo tvarką;
* pareiškiu, kad šiame prašyme pateikti duomenys yra teisingi;
* sutinku, kad šiame prašyme pateikti duomenys būtų tikrinami/tikslinami, perduodami tretiems asmenims, susijusiems su šiame prašyme nurodytais tikslais.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(informaciją pateikusio asmens pareigos) (parašas) (vardas, pavardė)