Załącznik nr 1 do Podręcznika Beneficjenta

Programu Akademickie Partnerstwa Międzynarodowe

**KARTA ZMIAN**

**Program Akademickie Partnerstwa Międzynarodowe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer umowy** | **PPI/APM/2019/1/000……/U/001** |
| **Nazwa Beneficjenta** |  |

**Informacja o zmianach w Umowie**

Zmiany w Umowie dokonywane są na podstawie pisemnego wniosku, tzw. Karty Zmian, podpisanej przez przedstawiciela prawnego Beneficjenta lub osoby przez niego upoważnionej. Beneficjent powinien uzyskać zgodę NAWA na proponowane zmiany w realizacji projektu przed ich wystąpieniem. Jeśli konieczne będzie aneksowanie zapisów Umowy, zmiana będzie obowiązywać z chwilą podpisania Aneksu do Umowy przez drugą ze stron (NAWA). Po wypełnieniu niniejszej Karty Zmian, prosimy o jej wydrukowanie, podpisanie i przesłanie pocztą do NAWA na adres:

**Narodowa Agencja Wymiany Akademickiej**

**ul. Polna 40**

**00-635 Warszawa**

Niniejsza Karta zmian dotyczy jednej lub więcej poniższych pozycji (zaznaczyć właściwe):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | 1. Zmiana formy prawnej/nazwy Beneficjenta/przedstawiciela prawnego Beneficjenta etc. |
| |  | | --- | |  | | 1. Zmiana rachunku bankowego przeznaczonego na potrzeby realizacji projektu |
| |  | | --- | |  | | 1. Zmiana zakresu merytorycznego działań w projekcie |
| |  | | --- | |  | | 1. Zmiany w budżecie |
| |  | | --- | |  | | 1. Inne |

1. **Zmiana formy prawnej/nazwy Beneficjenta/przedstawiciela prawnego Beneficjenta etc.** (wypełnić jeśli dotyczy\*)

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Instytucji |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Przedstawiciel Beneficjenta uprawniony reprezentacji | |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Załączniki – dokumenty potwierdzające uprawnienie do reprezentacji |  |
| Osoba do kontaktu w sprawach związanych z Projektem w zakresie merytorycznym | |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Adres e-mail służbowy |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr telefonu komórkowego |  |

1. **Zmiana formy prawnej/ nazwy Partnera zagranicznego/przedstawiciela Partnera etc.** (wypełnić jeśli dotyczy\*)

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa |  |
| Adres siedziby |  |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Kraj |  |
| Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby do kontaktu |  |
| Nr telefonu osoby do kontaktu |  |
| Adres e-mail |  |
| Adres strony www |  |

1. **Zmiana rachunku bankowego przeznaczonego na potrzeby realizacji projektu** (wypełnić jeśli dotyczy\*)

|  |  |
| --- | --- |
| Posiadacz rachunku: |  |
| Nazwa banku: |  |
| Numer rachunku: |  |
| Nr SWIFT banku: |  |

1. **Zmiana zakresu merytorycznego działań w projekcie** (wypełnić jeśli dotyczy\*)

|  |  |
| --- | --- |
| Wskazanie pola we wniosku, którego dotyczy zmiana: |  |
| Opis zmiany (było/jest): |  |
| Uzasadnienie: |  |

***Powyższe wiersze powielić tyle razy, ile jest zmian w opisie merytorycznym wniosku***

1. **Zmiany w budżecie (należy wybrać właściwą kategorię kosztu z rozwijalnej listy; wypełnić jeśli dotyczy\*\*)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Obecny zapis | | | | Proponowany zapis | | | |
| Nr zadania i pozycji budżetowej z wniosku | Kategoria kosztu | Nazwa kosztu | Kalkulacja kosztu  (wraz z podaniem kosztu całkowitego pozycji) | Nr zadania i pozycji budżetowej | Kategoria kosztu | Nazwa kosztu | Kalkulacja kosztu (wraz z podaniem kosztu całkowitego pozycji) |
|  |  |  | koszty organizacji lub udziału w spotkaniach, konferencjach, targach i nowych wydarzeniach w kraju lub za granicą |  |  |  | koszty zakupu pozostałych towarów i usług niezbędnych do realizacji projektu |  |
| uzasadnienie | |  | | | | | | |
|  |  |  | koszty podróży i utrzymania - poniesione w związku z realizacją projektu |  |  |  | Wybierz element. |  |
| uzasadnienie | |  | | | | | | |
|  |  |  | Wybierz element. |  |  |  | Wybierz element. |  |
| uzasadnienie | |  | | | | | | |
|  |  |  | Wybierz element. |  |  |  | Wybierz element. |  |
| uzasadnienie | |  | | | | | | |
|  |  |  | Wybierz element. |  |  |  | Wybierz element. |  |
| uzasadnienie | |  | | | | | | |

1. **Szczegółowe zmiany w budżecie dot. kosztów podróży, ubezpieczenia i utrzymania (wypełnić jeśli dotyczy\*\*)**

W przypadku zadania dot. mobilności (wyjazdy zagraniczne) dla wszystkich uczestniczących w projekcie Partnerów, wszelkie zmiany dot. destynacji podróży, terminów wyjazdów, Instytucji delegującej, czy też dodatkowych mobilności nie ujętych we wniosku - należy wpisać w poniższą tabelę:

Jeden wyjazd rozumiany jest jako pojedyncza podróż zagraniczna.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Wyjazd nr | Instytucja delegująca | Kraj z którego następuje wyjazd | Kraj do którego następuje przyjazd | Typ mobilności/ **ilość osób** | Planowana data wyjazdu | Liczba dni | Koszt podróży i ubezpieczenia | Koszt zakwaterowania | Koszt utrzymania | **Łączny koszt wyjazdu:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uzasadnienie |  | | | | | | | | | | |

1. **Inne (wypełnić jeśli dotyczy\*)**

|  |  |
| --- | --- |
| Wskazanie pola we wniosku, którego dotyczy zmiana: |  |
| Opis zmiany (było/jest): |  |
| Uzasadnienie: |  |

\* W przypadku braku zmian należy usunąć pozycje z Karty.

\*\* W przypadku braku zmian należy usunąć pozycje z Karty bądź też dodać kolejne wiersze.

**Oświadczenie**

Ja, niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, że informacje podane w niniejszej Karcie Zmian są zgodne z prawdą, odzwierciedlają stan prawny i stan faktyczny istniejący w chwili złożenia niniejszej Karty Zmian. Jednocześnie potwierdzam, iż wszelkie oświadczenia, dane   
i informacje zawarte w dokumentach przedłożonych NAWA przez Beneficjenta w związku z prośbą o akceptację zmian do Umowy, a w szczególności dotyczące statusu prawnego Beneficjenta, sposobu jego reprezentacji oraz udzielonych pełnomocnictw są aktualne, prawdziwe, wiążące   
i obowiązujące w chwili podpisania Aneksu do Umowy (jeśli będzie to konieczne). Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania NAWA na piśmie o wszelkich zmianach w o świadczeniach, danych i informacjach, o których mowa powyżej oraz do przedłożenia na wezwanie NAWA stosownych dokumentów, potwierdzających dokonanie zmian.

…………………………………………………….. ………………………………………….

Imię i nazwisko prawnego reprezentanta Beneficjenta Miejscowość i data