|  |  |
| --- | --- |
| 1. Województwo: | **Zgłoszenie organizacji spotkania** |
|   |
| 2. Ambasador zgłaszający szkolenie: | *Imię i nazwisko:* | 3. Data i godzina spotkania: |
| *Numer umowy:* |  |  |
| 4. Miejsce spotkania:*(nazwa instytucji i dokładny adres)* |  |
| 5. Liczba uczestników spotkania: |  |
| 6. Temat spotkania: | [ ]  Wprowadzenie do programu eTwinning |
| 7. Grupa docelowa: |  |
| 8. Sposób rekrutacji: |  |
| 9. Zapotrzebowanie na materiały promocyjno-informacyjne: | 10. Dokładny adres do wysyłki: |
| [ ]  TAK [ ]  NIE |
| 11. Kosztorys spotkania: |
| I. Działania płatne przez FRSE | Przewidywany koszt | Ad. I. Koszt udokumentowany fakturą wystawioną na FRSE z terminem płatności 30 dni, płatność przelewem przez FRSE.Ad. II. Refundacja kosztów na podstawie wniosku o zwrot kosztów podróży z załącznikami, tylko dla zgłoszonych podróży. W przypadku przejazdem samochodem osobowym proszę wpisać tylko planowaną trasę przejazdu |
| *wynajem sali* |  |
| II. Zwrot kosztów podróży na trasie: |  |
|  |  |
|  |  |
| 12. Uwagi: |