*Załącznik nr 3 do Regulaminu ustalenia zasad zlecania realizacji zadań publicznych o charakterze lokalnym lub regionalnym z pominięciem otwartego konkursu ofert (tryb małych grantów) ze środków z budżetu Powiatu Myślenickiego w roku 2024*

***Opis faktury VAT / rachunku***\* ***nr ………………………***

Faktura VAT/ rachunek\* dotyczy wsparcia/powierzenia\* realizacji zadania publicznego (*nazwa zadania):*  „……………………….”zgodnie z Umową nr OR.526. …. .2024 z dnia ….. ………… 2024 roku, zawartą pomiędzy Powiatem Myślenickim - Starostwem Powiatowym w Myślenicach a *(nazwa, adres, kod pocztowy siedziby organizacji pozarządowej): ………………………………..*

*………………………………………………………………………………………………………………..*

wpisaną(ym) do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem ………………......\*/ wpisaną(ym) do Ewidencji Stowarzyszeń Zwykłych będących pod nadzorem Starosty Myślenickiego, zarejestrowanych po dniu 20 maja 2016 r. pod numerem …………………….\*

Miejsce, termin: …………………………………………

Dotyczy zakupu towaru/usługi z przeznaczeniem na …………………………………..……………..

Sposób finansowania:

|  |  |
| --- | --- |
| Ze środków finansowych własnych lub środków pochodzących z innych źródeł, wkładu osobowego lub rzeczowego | …………… zł |
| Z dotacji z Powiatu Myślenickiego | …………… zł |
| Poza zadaniem | zł |
| Razem – wartość faktury VAT/rachunku\* | …………… zł |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sprawdzono pod względem merytorycznym. Stwierdzam, że wydatek jest legalny, celowy, oszczędny. Zakupiony towar faktycznie dostarczony/ usługa zrealizowana. | ………………data | …………………….…pieczątka imienna i funkcja lub czytelny podpis osoby uprawnionej zgodnie z KRS  |
| Sprawdzono pod względem rachunkowym i formalnym | ………………data | …………………….…pieczątka imienna i funkcja lub czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za prowadzenie księgi rachunkowej  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KontoWn | Kwota | KontoMa |
|   |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Razem |  |
| Słownie: |  |
| ………………data | …………………….…pieczątka imienna i funkcja lub czytelny podpis osoby dokonującej wpisu do ewidencji księgowej |
| Zapłacone gotówką / przelewem\*w dniu ………………. |
| Nr z dziennika księgowego  |  |
|  |  |

*\* niepotrzebne skreślić*