Załącznik II.3 Raport cząstkowy z realizacji Usługi

**RAPORT CZĄSTKOWY**

|  |
| --- |
| **Dane identyfikacyjne** |
| Numer Umowy |  |
| Nazwa Usługi |  |
| Nazwa Grantobiorcy |  |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| Nazwa Brokera |  |
| **Daty raportu** |
| Okres realizacji etapu |  |
| Etap, którego dotyczy raport |  | Data sporządzeniaraportu |  |
| **Szczegółowy opis wykonywanych prac podczas raportowanego etapu***(Wypełnia Wykonawca)* |
|  |
| **Produkty prac podczas raportowanego etapu***(Wypełnia Wykonawca)* |
|  |
| **Problemy z realizacją Usługi***(Wypełnia Grantobiorca, Wykonawca, Broker innowacji)* |
|  |
| **Zakres wsparcia Brokera innowacji podczas raportowanego etapu (jeśli dotyczy)***(Wypełnia Grantobiorca)* |
|  |
| **Wskaźniki Usługi***(Wypełnia Grantobiorca)* |
| **G01** | Wdrożenie wyników*Czy Usługa zakończy się wdrożeniem wyników przez Wnioskodawcę do 30.06.2020?* | □ Tak | □ Nie | □ Efekt osiągnięty zostaniedo 30.06.2020 |
| *Jeśli tak, proszę opisać.* |  |
| **G02** | Kontynuacja Usługi*Czy efekty Usługi będą kontynuowane w ramach innych/większych przedsięwzięć dofinansowanych z innych funduszy/ programów/działań/środków prywatnych, w szczególności z działania 1.4 i/lub 1.5 RPO-Lubuskie 2020 do 30.06.2020?* | □ Tak | □ Nie | □ Efekt osiągnięty zostaniedo 30.06.2020 |
| *Jeśli tak, proszę opisać.* |  |
| **G03** | Innowacje produktowe*Czy Usługa zakończy się wprowadzeniem innowacji produktowej do 30.06.2020?* | □ Tak | □ Nie | □ Efekt osiągnięty zostaniedo 30.06.2020 |
| *Jeśli tak, proszę opisać.* |  |
| **G04** | Innowacje procesowe*Czy Usługa zakończy się wprowadzeniem innowacji procesowej do 30.06.2020?* | □ Tak | □ Nie | □ Efekt osiągnięty zostaniedo 30.06.2020 |
| *Jeśli tak, proszę opisać.* |  |
| **G05** | Innowacje nietechnologiczne*Czy Usługa zakończy się wprowadzeniem innowacji nietechnologicznej do 30.06.2020?* | □ Tak | □ Nie | □ Efekt osiągnięty zostaniedo 30.06.2020 |
| *Jeśli tak, proszę opisać.* |  |
| **G06** | Wsparcie własności intelektualnej*Czy Usługa objęła wsparcie informacyjne, doradcze lub finansowe na zabezpieczenie wytwarzanej własności intelektualnej?* | □ Tak | □ Nie | □ Efekt osiągnięty zostaniedo 30.06.2020 |
| *Jeśli tak, proszę opisać.* |  |
| **G07** | Zgłoszenie patentowe poza RP*Czy Usługa zakończy się zgłoszeniem patentowym złożonym poza RP do 30.06.2020, zgodnie z definicją zawartą w Regulaminie?* | □ Tak | □ Nie | □ Efekt osiągnięty zostaniedo 30.06.2020 |
| *Jeśli tak, proszę opisać.* |  |
| **G08** | Wzór przemysłowy poza RP*Czy Usługa zakończy się zgłoszeniem wzoru przemysłowego poza RP do 30.06.2020 zgodnie z definicją zawartą w Regulaminie?* | □ Tak | □ Nie | □ Efekt osiągnięty zostaniedo 30.06.2020 |
| *Jeśli tak, proszę opisać.* |  |
| **G09** | Wzór użytkowy poza RP*Czy Usługa zakończy się zgłoszeniem wzoru użytkowego poza RP do 30.06.2020 zgodnie z definicją zawartą w Regulaminie?* | □ Tak | □ Nie | □ Efekt osiągnięty zostaniedo 30.06.2020 |
| *Jeśli tak, proszę opisać.* |  |
| **Czy przebieg Usługi jest zgodny z planem?***(Wypełnia Grantobiorca)* | □ Tak | □ Nie |
| **Dodatkowe uwagi** |
| Wykonawcy: |  |
| Grantobiorcy: |  |
| Brokera innowacji:(jeśli dotyczy) |  |
| **Lista załączników** |
| 1. Kopia faktury VAT lub inny równoważny dokument księgowy wystawiony przez Wykonawcę | □ Tak | □ Nie |
| 2. Kopia faktury VAT lub inny równoważny dokument księgowy wystawiony przez Brokera innowacji | □ Tak | □ Nie |
| 3. Kopia umowy o przeniesieniu autorskich praw majątkowych i/lub praw własności przemysłowej na rzecz Grantobiorcy | □ Tak | □ Nie |
| 4. Kopia zgłoszenia patentowego poza RP | □ Tak | □ Nie |
| 5. Kopia zgłoszenia wzoru przemysłowego poza RP | □ Tak | □ Nie |
| 6. Kopia zgłoszenie wzoru użytkowego poza RP | □ Tak | □ Nie |
| 7. Inne, jakie? |

……………..………………………… ……………..………………………..
*(Podpis Wykonawcy) (Podpis Grantobiorcy)*

……………..………………………..
*(Podpis Brokera innowacji)*

*(jeśli dotyczy)*

|  |
| --- |
| **Wypełnia Operator** |
| Po przeprowadzonej weryfikacji powyższego sprawozdania uznaję zrealizowaną usługę za zgodną z warunkami Umowy o udzielenie wsparcia (należy zaznaczyć jedną z opcji): |
| □ Tak  | □ Nie |
| Uzasadnienie (należy wypełnić, w przypadku nie zrealizowania usługi zgodnie z Umową o udzielenie wsparcia) |
|  |
| Miejscowość i dataZielona Góra | Podpis Opiekuna Umowy |