



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udzielania wsparcia w projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PRZEDSIĘBIORCY

do projektu „Dofinansowanie usług rozwojowych dla zachodniopomorskich MMŚP II”

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OPERATORA	
RODZAJ FORMULARZA (zaznaczyć właściwy kwadrat)	
<input type="checkbox"/> Formularz zgłoszeniowy <input type="checkbox"/> Formularz korygujący	
Data	
Indywidualny numer zgłoszeniowy	

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ PRZEDSIĘBIORSTWO			
KATEGORIA PRZEDSIĘBIORSTWA W ROZUMIENIU PRZEPISÓW ZAŁĄCZNIKA NR I DO ROZPORZĄDZENIA KOMISJI (UE) NR 651/2014 Z DNIA 17 CZERWCA 2014 R. (DOTYCZY TAKŻE DZIAŁALNOŚCI OSOBY SAMOZATRUDNIONEJ)			
Kategoria przedsiębiorstwa	<input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> w tym samozatrudniony	<input type="checkbox"/> małe przedsiębiorstwo	<input type="checkbox"/> średnie przedsiębiorstwo
Typ przedsiębiorstwa	<input type="checkbox"/> niezależne (samodzielne)		
	<input type="checkbox"/> partnerskie	Nr NIP podmiotów partnerskich	
	<input type="checkbox"/> związane (powiązane)	Nr NIP podmiotów powiązanych	



DANE DOT. PRZEDSIĘBIORSTWA DO OKREŚLENIA JEGO STATUSU¹

Typ danych	W ostatnim okresie sprawozdawczym	W poprzednim okresie sprawozdawczym	W okresie sprawozdawczym za drugi rok wstecz od ostatniego okresu sprawozdawczego
Wielkość zatrudnienia (w przeliczeniu na pełne etaty RJP)			
Obroty ze sprzedaży netto (w euro na koniec roku obrotowego)			
Suma aktywów bilansu (w euro)			

DANE IDENTYFIKACYJNE PRZEDSIĘBIORSTWA – GŁÓWNA SIEDZIBA

Pełna nazwa przedsiębiorstwa					
NIP (w tym spółki cywilnej – jeśli dotyczy)					
REGON					
KRS (jeśli dotyczy)					
Forma prawna					
Województwo					
Powiat					
Gmina					
Miejscowość			Kod pocztowy		
Ulica			Numer budynku		Numer lokalu
Telefon					
E-mail					

¹ Pozostawanie w układzie przedsiębiorstw partnerskich lub powiązanych wpływa na sposób ustalenia poziomu zatrudnienia oraz wielkości obrotów i aktywów, od których uzależniona jest posiadanie bądź utrata statusu MŚP, zgodnie z Instrukcją pomagającą w określeniu statusu MŚP przedsiębiorcy w formularzu zgłoszeniowym przedsiębiorcy (załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i udzielania wsparcia)



Osoba do kontaktu	
Numer rachunku do wypłaty refundacji i nazwa banku	

DANE IDENTYFIKACYJNE JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO (oddział, filia, delegatura, itp.) – wypełnić w przypadku gdy główna siedziba jest na terenie innego województwa niż zachodniopomorskie

Pełna nazwa przedsiębiorstwa			
NIP			
REGON			
KRS (jeśli dotyczy)			
Forma prawna			
Województwo			
Powiat			
Gmina			
Miejscowość	Kod pocztowy		
Ulica	Numer budynku		Numer lokalu
Telefon			
E-mail			
Osoba do kontaktu			

OKREŚLENIE POZIOMU DOFINANSOWANIA PRZEDSIĘBIORSTW

(MOŻNA ZAZNACZYĆ WIĘCEJ NIŻ JEDNĄ POZYCJĘ)

Poziom dofinansowania	Kategoria dofinansowania	
50%	podstawowy poziom dofinansowania dla przedsiębiorstw	<input type="checkbox"/> TAK
80%	poziom dofinansowania dla przedsiębiorców prowadzących działalność gospodarczą na terenie miast średnich oraz miast średnich tracących funkcje	<input type="checkbox"/> TAK



	społeczno-gospodarcze	
	poziom dofinansowania dla przedsiębiorstw prowadzących działalność w obszarze inteligentnych specjalizacji województwa zachodniopomorskiego	<input type="checkbox"/> TAK
	Jeśli wskazano TAK, podać odpowiedni nr PKD	
	poziom dofinansowania dla przedsiębiorstw działających w obszarze Specjalnej Strefy Włączenia zlokalizowanej na terenie województwa zachodniopomorskiego	<input type="checkbox"/> TAK
	poziom dofinansowania dla przedsiębiorstw wysokiego wzrostu	<input type="checkbox"/> TAK
	usługa rozwojowa mająca na celu zdobycie lub potwierdzenie kwalifikacji, o których mowa w art. 2 pkt 8 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji lub walidacji, o której mowa w art.2 pkt 22 tej ustawy	<input type="checkbox"/> TAK
	poziom dofinansowania dla przedsiębiorstwa, które uzyskało wsparcie w postaci analizy potrzeb rozwojowych w ramach działania 2.2 PO WER	<input type="checkbox"/> TAK
	Poziom dofinansowania dla pracownika w wieku powyżej 50 lat w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> TAK
	Poziom dofinansowania dla pracownika o niskich kwalifikacjach	<input type="checkbox"/> TAK

DODATKOWE DANE DOT. PRZEDSIĘBIORSTWA/ PRZEDSIĘBIORCY

Liczba osób skierowanych przez przedsiębiorcę do udziału w usługach rozwojowych	
Przedsiębiorca korzystał już z usług rozwojowych w ramach PSF w województwie zachodniopomorskim	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK, proszę wskazać Operatora PSF	
Jeśli TAK, proszę wskazać rok, w którym korzystano z usługi rozwojowej	
Czy przedsiębiorca ma obecnie zawartą umowę o dofinansowanie usług rozwojowych z innym Operatorem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy wybrana za pośrednictwem BUR usługa/i wpływa na realizację celu rozwojowego przedsiębiorstwa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Uzasadnienie potrzeby realizacji usługi w odniesieniu do uzyskania celu rozwojowego przedsiębiorstwa	



OŚWIADCZENIA

Świadoma(-y) odpowiedzialności za podanie fałszywych informacji oświadczam, że:

1. dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą,
2. nie byłam(-em) karana(-y) za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
3. instytucja, którą reprezentuję nie podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania ze środków Unii Europejskiej na podstawie:
 - art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,
 - art.12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - art. 9 ust. 1 pkt 2a ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary,
4. instytucja, którą reprezentuję, nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami,
5. zapoznałem/-am się z Regulaminem naboru do projektu „Dofinansowanie usług rozwojowych dla zachodniopomorskich MMŚP II” i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia,
6. zostałam/em uprzedzony o odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 271 § 1 i art. 297 § 1 kodeksu karnego, dotyczącego poświadczania nieprawdy, co do okoliczności mającej znaczenie prawne oraz o istotnym znaczeniu dla uzyskania wsparcia finansowego,
7. zgadzam się na weryfikację przez Operatora i uprawnione Instytucje prawdziwości danych zawartych w niniejszym Formularzu,
8. wybrana usługa rozwojowa nie jest usługą, której obowiązek przeprowadzenia na zajmowanym stanowisku wynika z odrębnych przepisów prawa.

.....
Data i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji
Przedsiębiorcy

ZAŁĄCZNIKI (należy zaznaczyć właściwy załącznik, jeżeli jest dołączony do Formularza zgłoszeniowego):

- 1. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis,
- 2a Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis,
- 2b Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc inną niż pomoc w rolnictwie lub rybołówstwie, pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie
- 3 Formularz zgłoszeniowy uczestnika (liczba szt.),
- 4 Karta usługi BUR,
- 5 Oświadczenie o kwalifikowalności VAT,
- 6 Kopia umowy spółki cywilnej (jeśli dotyczy),
- 7 Pełnomocnictwo do reprezentowania przedsiębiorcy (jeśli dotyczy),
- 8. Inne: (jeśli dotyczy).