|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr formularza \*** |  | **Data wpływu** |  | **Numer doradcy** |  |

**\* wypełnia Stowarzyszenie „Centrum Rozwoju Ekonomicznego Pasłęka” (SCREP)**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Wniosek o udzielenie wsparcia w postaci refundacji**

**kosztów usług rozwojowych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***I. Informacje podstawowe o mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie (MŚP)*** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa lub pieczęć firmy** | |  | | | | | | | Telefon | |  | | | |
| Telefon komórkowy | |  | | | |
| Fax | |  | | | |
| E-mail | |  | | | |
| **NIP** | |  | | | | | | | REGON | |  | | | |
| **Osoba do kontaktów** (Imię i Nazwisko, nr telefonu, e-mail) | | |  | | | | | | | | | | | |
| ***II. Ogólne informacje i krótka charakterystyka MŚP*** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres prowadzenia działalności** | **Główna siedziba** | | | | | Województwo: |  | | | | | | | |
| Powiat i gmina: |  | | | | | | | |
| Miasto i kod: |  | | | | | | | |
| Ulica i nr: |  | | | | | | | |
| **Oddział lub**  **Filia lub**  **Delegatura lub**  **Inna prawnie dozwolona forma organizacyjna działalności MŚP** | | | | | Województwo: |  | | | | | | | |
| Powiat i gmina: |  | | | | | | | |
| Miasto i kod: |  | | | | | | | |
| Ulica i nr: |  | | | | | | | |
| **Główne PKD wykazane w dokumentach rejestrowych** |  | | **Forma prawna** | | | Osoba fizyczna prowadząca działalność  (także wspólnik spółki cywilnej)  Inna forma prawna (jaka?) ………………………………………………………………………..… | | | | | | **Firma jest płatnikiem podatku VAT** | | Tak  Nie |
| **Rodzaj prowadzonej działalności** | | | | | | Handlowa  Usługowa  Produkcyjna | | | | | | | | |
| **Czy prowadzona działalności zalicza się do tzw. inteligentnych specjalizacji jeżeli tak to do jakiej?**  (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu) | | | | | | **Inteligentne specjalizacje wynikające z głównego PKD**  Tak  Nie | | | | **Jeżeli TAK jaki to obszar:**  Drewno i meblarstwo  Ekonomia wody  Żywność wysokiej jakości | | | | |
| **Klasyfikacja MŚP** | **Określenie** | | | | | **Liczba pracowników** | | **Roczny obrót** | | | | | **Suma bilansowa aktywów** | |
| Mikro | | | | | < 10 osób | | ≤ 2 mln EUR | | | | | ≤ 2 mln EUR | |
| Małe | | | | | <50 osób | | ≤ 10 mln EUR | | | | | ≤ 10 mln EUR | |
| Średnie | | | | | <250 osób | | ≤ 50 mln EUR | | | | | ≤ 43 mln EUR | |
| **Określenie** | | | | | | **Stan na n-2**  **tj. na dzień 31-12-2015** | | **Stan na n-1**  **tj. na dzień 31-12-2016** | | | | | **Stan aktualny**  **tj. na dzień 31-12-2017** | |
| **Liczba zatrudnionych RJR**  Liczba pracowników w przeliczeniu na pełne etaty | | | | | |  | |  | | | | |  | |
| **Suma bilansowa aktywów w tys. złotych**  (dotyczy tylko firm prowadzących pełną księgowość) | | | | | |  | |  | | | | |  | |
| **Roczny obrót/przychody w tys. złotych** | | | | | |  | |  | | | | |  | |
| **Krótki opis prowadzonej działalności gospodarczej** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| ***III. Informacja o otrzymanej pomocy publicznej/pomocy de minimis*** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Czy firma korzysta lub korzystała**  **z pomocy publicznej / de minimis ?** | | | | | Tak  Nie  Proszę wypełnić **Oświadczenie** **beneficjenta o otrzymanej pomocy de minimis**  podczas spotkania MŚP z doradcą mobilnym | | | | | | | | | |
| **Wnioskuję o udzielenie pomocy de minimis** | | | | | Tak  Nie  Jeżeli **TAK** to proszę wypełnić **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis** podczas spotkania MŚP z doradcą mobilnym | | | | | | | | | |
| **Wnioskuję o udzielenie pomocy publicznej**  ***(w przypadku wnioskowania o pomoc de minimis proszę w tym punkcie zaznaczyć NIE)*** | | | | | Tak  Nie  Jeżeli **TAK** to proszę wypełnić **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** podczas spotkania MŚP z doradcą mobilnym | | | | | | | | | |
| ***IV. Opis planowanych usług rozwojowych*** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Planowany okres realizacji usług rozwojowych** | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Zakres / tematyka usług rozwojowych, które będą realizowane nie wcześniej niż 30 dni kalendarzowych od dnia złożenia do Operatora poprawnego formularza.** | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Czy MŚP do dnia złożenia formularza korzystało z usług rozwojowych?** | | | | TAKNIE  Jeżeli TAK to prosimy o podanie nazwy Operatora i kwoty wsparcia:  …………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | |
| **Kto będzie korzystał z usługi rozwojowej** | | | | Właściciel firmyPracownicy firmy | | | | | | | | | | |
| **Liczba osób ogółem, które będą korzystać z usług rozwojowych** | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Oświadczam, iż refundacji kosztów usługi rozwojowej należy dokonać na podane w formularzu zgłoszeniowym konto.** | | | | **Numer konta:** | | | | | | | | | | |
| **Prowadzone w:** | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **W przypadku prowadzenia indywidualnej działalności gospodarczej zarejestrowanej w CEiDG**  **należy podać poniższe dane osobowe**  **właściciela firmy/właścicieli firmy** | | **W przypadku prowadzenia działalności gospodarczej zarejestrowanej w KRS należy podać poniższe dane osobowe dotyczące organu zarządzającego firmą** | |
| **Imię i Nazwisko** |  | **Imię i Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  | **NIP osoby/osób wchodzących w skład organu zarządzającego** |  |
| **Imię i Nazwisko** |  | **Imię i Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  | **NIP osoby/osób wchodzących w skład organu zarządzającego** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oświadczam/-y, że:** | | | | **Zaznaczyć właściwe** |
| 1 | wszystkie informacje podane w Formularzu zgłoszeniowym i dodatkowych dokumentach (o ile dotyczy) są prawdziwe, kompletne i w pełni odzwierciedlają sytuację prawną, finansową i gospodarczą oraz są zgodne ze stanem faktycznym, a oświadczenie powyższe składam/-y świadomy/-i odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego | | |  |
| 2 | na dzień złożenia Formularza zgłoszeniowego reprezentowane przeze mnie przedsiębiorstwo jest**mikro, małym, średnim** przedsiębiorstwem w rozumieniu przepisów Załącznika nr I do Rozporządzenia nr 651/2014 | | |  |
| 3 | przedsiębiorstwo nie pozostaje w stanie upadłości, pod zarządem komisarycznym i nie znajduje się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego lub postępowania układowego z wierzycielami oraz nie jest w trudnej sytuacji, w rozumieniu pkt 20 Wytycznych dotyczących pomocy państwa na ratowanie i restrukturyzację przedsiębiorstw niefinansowych znajdujących się w trudnej sytuacji (Dz. Urz. EU C 249/1 z 31.07.2014 r.) | | |  |
| 4 | nie ciąży na mnie/na reprezentowanym przeze mnie przedsiębiorstwie obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz ze wspólnym rynkiem | | |  |
| 5 | wartość **uzyskanej przez przedsiębiorstwo pomocy de minimis** w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch latach poprzedzających wyniosła …………………………………………………………………………… **EUR** | | |  |
| 6 | Przedsiębiorca nie podlega wykluczeniu z możliwości dostępu do środków publicznych na podstawie przepisów prawa (dotyczy również osób reprezentujących MŚP) oraz stosownie do Rozporządzenia Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.) | | |  |
| 7 | nie zostałem prawomocnie skazany za przestępstwo składania fałszywych zeznań, przekupstwa, przestępstwa przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotowi pieniężnemu i papierami wartościowymi, obrotowi gospodarczemu, systemowi bankowemu, przestępstwa skarbowe albo inne związane z wykonywaniem działalności gospodarczej lub popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, | | |  |
| 8 | nie został prawomocnie skazany którykolwiek z członków organów zarządzających bądź wspólników przedsiębiorstwa, które reprezentuję, za przestępstwa składania fałszywych zeznań, przekupstwa, przestępstwa przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotowi pieniężnemu i papierami wartościowymi, obrotowi gospodarczemu, systemowi bankowemu, przestępstwo skarbowe albo inne związane z wykonywaniem działalności gospodarczej lub popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych. | | |  |
| 9 | Wyrażam zgodę na weryfikację danych zawartych we wszystkich złożonych dokumentach na każdym etapie realizacji projektu oraz na poddawanie się kontroli, ewaluacji udzielonego wsparcia, na uczestnictwo w badaniach ewaluacyjnych i monitoringowych, przeprowadzanych przez Stowarzyszenie „Centrum Rozwoju Ekonomicznego Pasłęka” lub podmiot przez nią wskazany oraz inne uprawnione instytucje. | | |  |
| 10 | Zobowiązuję się do dostarczenia do Stowarzyszenia „Centrum Rozwoju Ekonomicznego Pasłęka” dodatkowych wyjaśnień, dokumentów (informacji) niezbędnych w trakcie weryfikowania formularza zgłoszeniowego. | | |  |
| 11 | Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o projekcie drogą elektroniczną na podane konto e-mail w rozumieniu art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną. | | |  |
| Miejsce i data | | Pieczątka firmy | Czytelny podpis/-y osoby/osób uprawnionych do reprezentowania przedsiębiorstwa  lub podpis z pieczątką imienną | |

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Stowarzyszenie „Centrum Rozwoju Ekonomicznego Pasłęka” z siedzibą ul. Józefa Piłsudskiego 11A, 14-400 Pasłęk.
2. Stowarzyszenie „Centrum Rozwoju Ekonomicznego Pasłęka” powołało Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: [iod@screp.pl](mailto:iod@screp.pl)
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu informacji, promocji i rekrutacji oraz realizacji umowy dotyczącej refundacji kosztów usług rozwojowych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące w procesie informacji, promocji i rekrutacji oraz realizacji umowy dotyczącej refundacji kosztów usług rozwojowych.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 10 lat liczone od dnia zakończenia realizacji projektu jednak nie dłużej niż do czasu akceptacji sprawozdania końcowego z realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 przez Komisję Europejską.
6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu./Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji Projektu.
9. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.

Miejsce i data: ………………………………..……… Czytelny podpis .............................................................................

**INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO**

1. W Formularzu zgłoszeniowym nie można pozostawiać niewypełnionych pól. W przypadku niezaistnienia lub niewystępowania danych należy w polu wpisać słowo „nie dotyczy” lub skreślić. W przypadku braku miejsca można dołączyć opis w formie załącznika do Formularza zgłoszeniowego.
2. Formularz zgłoszeniowy powinien być podpisany i ostemplowany w miejscach do tego przewidzianych przez osobę/y upoważnioną/e do reprezentacji danego podmiotu (informacja z CEiDG lub KRS). Jeżeli upoważnienie do podpisania Formularza zgłoszeniowego w imieniu danego podmiotu wynika z udzielonego określonej osobie pełnomocnictwa szczególnego, pełnomocnictwo to winno być obowiązkowo załączone do Formularza zgłoszeniowego.
3. Wszystkie pozostałe strony Formularza zgłoszeniowego powinny być parafowane przez osoby podpisujące Formularz zgłoszeniowy.
4. Załączone do Formularza zgłoszeniowego dokumenty powinny być złożone w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę/y podpisującą/e Formularz zgłoszeniowy. W przypadku przedkładania kopii dokumentów, na pierwszej stronie danego dokumentu powinna znaleźć się pieczątka lub odręczna adnotacja „Za zgodność z oryginałem” oraz dopisek „od strony 1 do strony XX” (należy podać numer ostatniej strony danego dokumentu) oraz data, podpis wraz z pieczątką osoby potwierdzającej kopię za zgodność z oryginałem.
5. Formularz zgłoszeniowy można złożyć:
   1. elektronicznie na adres: [rekrutacja@screp.pl](mailto:rekrutacja@screp.pl) lub
   2. papierowo na adres biura: Stowarzyszenie „Centrum Rozwoju Ekonomicznego Pasłęka” (SCREP), 14-400 Pasłęk, ul. Józefa Piłsudskiego 11A.
6. Biuro SCREP po otrzymaniu dokumentów sprawdza Formularz zgłoszeniowy pod względem formalnym (weryfikacja formalna jest realizowana tylko w przypadku gdy przesłany Formularz zawiera 4 strony) oraz dokonuje weryfikacji dostępu do projektu. Informacja o zakwalifikowaniu się lub nie do projektu przesyłana jest elektronicznie do przedsiębiorcy na adres wskazany w Formularzu Zgłoszeniowym.
7. Po zakwalifikowaniu się do projektu należy przesłać oryginał Formularza zgłoszeniowego adres biura: Stowarzyszenie „Centrum Rozwoju Ekonomicznego Pasłęka”, 14-400 Pasłęk, ul. Józefa Piłsudskiego 11A.