|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WYPEŁNIA OPERATOR  | **Nr formularza w rejestrze** |  |
| **RODZAJ FORMULARZA** |
|  | **Formularz zgłoszeniowy** |  | **Formularz korygujący** |
| **Data wpływu** | wersja papierowa |  | wersja elektroniczna |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – PRZEDSIĘBIORSTWO**

|  |
| --- |
| **INSTRUKCJA POPRAWNEGO WYPEŁNIANIA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO** |
| 1. **Przed wypełnieniem Formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem udziału w projekcie „Klucz do usług rozwojowych dla MŚP z województwa warmińsko – mazurskiego” (nr projektu FEWM.07.05-IZ.00-0005/23) oraz z zakładką FAQ dostępnymi na stronie internetowej Operatora** ([www.operator.techpal.com.pl](http://www.operator.techpal.com.pl) ).
2. Należy wypełnić **wszystkie** pola. W przypadku, gdy informacje konieczne do umieszczenia w danym polu nie odnoszą się do sytuacji przedsiębiorstwa składającego Formularz zgłoszeniowy należy wpisać „nie dotyczy”. Formularz **zawierający niewypełnione pola** nie będzie podlegał rozpatrzeniu i będzie kierowany do uzupełnienia.
3. Formularz powinien zostać wypełniony w sposób czytelny (komputerowo lub ręcznie), tak aby wpisane dane nie budziły wątpliwości interpretacyjnych. Formularze wypełnione w sposób niestaranny i/lub nieczytelny będą kierowane do korekty i będą podlegać rozpatrzeniu po dostarczeniu poprawionego formularza.
4. Formularz powinien być podpisany w wymaganych miejscach przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania przedsiębiorstwa zgodnie z zapisami dokumentu rejestrowego. Podpis musi pozwalać na jednoznaczną identyfikację osoby, która go złożyła, tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis lub parafkę wraz z pieczęcią imienną przedsiębiorcy. Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego. W przypadku posiadania odrębnego upoważnienia do reprezentowania przedsiębiorstwa należy dostarczyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię upoważnienia / pełnomocnictwa.
5. **Zaleca się**, aby **wszystkie strony** formularza zgłoszeniowego były **parafowane** przez osobę lub osoby podpisujące Formularz zgłoszeniowy.
6. **Informacja o wyniku weryfikacji** formularza zgłoszeniowego oraz informacja o wstępnym zakwalifikowaniu (lub nie) przedsiębiorstwa do udziału w projekcie (spełnianie warunków formalnych) będzie **przesyłana na adres e-mail** podany w części 1 formularza zgłoszeniowego.
7. Informacje o wyniku weryfikacji formularzy będą przekazywane **wyłącznie w formie pisemnej** określonej w punkcie powyżej, **wyłącznie przedsiębiorcy** składającemu niniejszy formularz.
8. Formularz zgłoszeniowy należy złożyć:
9. w wersji papierowej – osobiście lub pocztą tradycyjną – na adres Biura projektu (ul. Barcza 16, 10 – 685 Olsztyn) lub
10. w wersji elektronicznej w formie skanu dokumentów podpisanych odręcznie lub podpisem kwalifikowalnym (plik w formacie .pdf) – na adres operator@techpal.com.pl
 |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ PRZEDSIĘBIORCĘ** |
| **CZĘŚĆ I. Podstawowe dane o przedsiębiorstwie**  |
| **Pełna nazwa przedsiębiorstwa** **(zgodnie z dokumentem rejestrowym)** |  |
| **NIP** |  | **Telefon** |  |
| **REGON** |  | **e-mail przedsiębiorstwa** |  |
| **Wiodące PKD** |  | **Data rozpoczęcia działalności na terenie województwa warmińsko – mazurskiego**  |  |
| **Przedsiębiorstwo odprowadza na terenie woj. warmińsko – mazurskiego podatek** |[ ]  PIT |[ ]  VAT |
|  |[ ]  CIT |[ ]  podatek od nieruchomości |
| **Forma prawna** |[ ]  osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą (**W TYM** wspólnik spółki cywilnej) |
|  |[ ]  inna forma prawna (jaka?) ……………………………………………………………………………………… |
| **Przedsiębiorstwo działa w oparciu o umowę** |[ ]  agencyjną |[ ]  współpracy |
|  |[ ]  franczyzy |[ ]  nie dotyczy |
|  |[ ]  partnerską |  |  |
| **Numer rachunku bankowego należącego do wnioskującego przedsiębiorstwa, na które zostanie dokonana refundacja** | \*w przypadku CZYNNYCH płatników VAT numer konta bankowego MUSI znajdować się na „białej liście podatników VAT”  |
| **Osoba do kontaktów roboczych****(imię, nazwisko, adres e-mail, numer telefonu)** |   |
| **Adres siedziby lub jednostki organizacyjnej na terenie województwa warmińsko – mazurskiego** **(**główna siedziba / filia / oddział / delegatura**, w której działalność gospodarcza prowadzona jest od co najmniej 6 m-cy przed otrzymaniem wsparcia)** | **Adres głównej siedziby** (dotyczy **WYŁĄCZNIE** przedsiębiorstw, których główna siedziba **NIE znajduje się** na terenie województwa warmińsko – mazurskiego) |
| **województwo** | **WARMIŃSKO – MAZURSKIE** | **województwo** |  |
| **powiat** |  | **powiat** |  |
| **gmina** |  | **gmina** |  |
| **poczta, kod pocztowy** |  | **poczta, kod pocztowy** |  |
| **ulica, numer budynku, numer lokalu** |  | **ulica, numer budynku, numer lokalu** |  |
| **Przedsiębiorstwo prowadzi działalność gospodarczą pod głównym adresem rejestrowym na terenie województwa warmińsko – mazurskiego** |[ ]  TAK |[ ]  NIE |
|  | \***jeśli NIE** należy wskazać DOKŁADNY adres prowadzenia działalności na terenie województwa warmińsko – mazurskiego (np. biuro, punkt obsługi klienta, miejsce świadczenia usług itp.) |
| **Przedsiębiorstwo prowadzi działalność przyczyniającą się do rozwoju inteligentnych specjalizacji województwa** | **Przedsiębiorstwo jest płatnikiem podatku VAT** |
|[ ]  TAK |[ ]  drewno i meblarstwo |[ ]  TAK |[ ]  ZWOLNIONY podmiotowoart. 113 ust. ..... |
| jeśli TAK nr PKD? ……………………..……………………………… |[ ]  ekonomia wody |[ ]  NIE (niezarejestrowany) |[ ]  ZWOLNIONY przedmiotowoart. 43 ust. …… pkt ….. |
|  |[ ]  zdrowe życie | **Przedsiębiorstwo jest zarejestrowane w BUR jako Dostawca usług rozwojowych „z możliwością dofinansowania”** |
|[ ]  NIE |[ ]  żywność wysokiej jakości |[ ]  TAK |[ ]  NIE |
| **Przedsiębiorstwo prowadzi LUB planuje prowadzić działalność związaną z opieką długoterminową** | **Przedsiębiorstwo prowadzi działalność w sektorze zielonej gospodarki** |
|[ ]  TAK |[ ]  NIE |[ ]  TAK |[ ]  NIE |
| **Preferowana forma przeprowadzenia diagnozy potrzeb rozwojowych** |[ ]  spotkanie osobiste |[ ]  spotkanie zdalne / online |[ ]  wywiad telefoniczny |
| **Czy uczestnicy usług rozwojowych potrzebują szczególnych****usprawnień dotyczących osób z niepełnosprawnościami?** |[ ]  TAK |[ ]  NIE |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ II. Informacje na temat otrzymanej pomocy de minimis w odniesieniu do bieżącego roku kalendarzowego i dwóch poprzednich lat kalendarzowych** |
| **Lp.** | **TAK** | **NIE** |  |
| **1.** |[ ] [ ]  Przedsiębiorstwo, które reprezentuję **podlega wykluczeniu** z możliwości **ubiegania się o środki publiczne** na podstawie przepisów prawa oraz stosownie do Rozporządzenia nr 1407/2013 z dn. 18.12.2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r.) |
| **2.** |[ ] [ ]  Oświadczam, że na podmiocie, który reprezentuję **ciąży obowiązek zwrotu pomocy publicznej**, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej, uznającej pomoc za niezgodną z prawem lub ze wspólnym rynkiem (rynkiem wewnętrznym). |
| **3.** |[ ] [ ]  Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych podmiot, który reprezentuję **NIE UZYSKAŁ** pomocy *de minimis.* |
| **4.** |[ ] [ ]  Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych podmiot który reprezentuję (wraz z podmiotami powiązanymi i/lub partnerskimi) **UZYSKAŁ** pomoc *de minimis* w wysokości ………………………..………………………… euro (stan na dzień wypełnienia Formularza) |
| **5.** |[ ] [ ]  Przedsiębiorstwo, które reprezentuję (wraz z podmiotami powiązanymi i/lub partnerskimi) w ciągu bieżącego roku oraz dwóch poprzedzających latach **otrzymało pomoc de minimis w kwocie wyższej niż 200 tys. EUR,** a w przypadkuprzedsiębiorstwa prowadzącego działalność w sektorze transportu towarów w kwocie wyższej niż 100 tys. EUR |
| **6.** |[ ] [ ]  Oświadczam, że wszelkie informacje dotyczące pomocy *de minimis* otrzymanej przez podmiot, który reprezentuję **SĄ ZGODNE** z Zaświadczeniami o udzielonej pomocy *de minimis,* jakie przedsiębiorstwo, które reprezentuję otrzymało od podmiotów udzielających mu pomocy *de minimis* w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych. |

|  |
| --- |
| **Część III. Kategoria przedsiębiorstwa** (w rozumieniu przepisów załącznika nr I do Rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2017 z dn. 17.06.2014 r.) |
| **Typ przedsiębiorstwa1** |[ ]  samodzielne (niezależne) | **Wielkość przedsiębiorstwa2** |[ ]  mikro |
|  |[ ]  powiązane (kapitałowo i/lub osobowo) |  |[ ]  małe |
|  |[ ]  partnerskie |  |[ ]  średnie |
| 1 typ przedsiębiorstwa należy określić zgodnie z zapisami Regulaminu udziału w projekcie, Słownik pojęć, hasło MŚP2 wielkość przedsiębiorstwa należy określić zgodnie z zapisami Regulaminu udziału w projekcie, Słownik pojęć, hasło MŚP |
| **Dane przedsiębiorstwa składającego formularz zgłoszeniowy** | **Liczba pracowników****w RJP****(w przeliczeniu na pełne etaty)** | **Suma rocznych obrotów / przychodów w zł (netto) zgodnie z dokumentami księgowymi** | **Suma aktywów****bilansu w zł****(dotyczy WYŁĄCZNIE przedsiębiorstw prowadzących pełną księgowość)** |
| **Stan aktualny (n)****ostatni zamknięty rok obrachunkowy****………………………………..** |  |  |  |
| **Stan na n – 1** **………………………………..** |  |  |  |
| **Stan na n – 2** **………………………………..** |  |  |  |
| **OŚWIADCZENIE** (dotyczy **WYŁĄCZNIE** przedsiębiorstw powiązanych i/lub partnerskich)Oświadczam, że dane zawarte w tabeli powyżej dotyczące wielkości zatrudnienia, sumy rocznych obrotów / przychodów oraz sumy aktywów bilansu są wynikiem **skumulowanych danych** przedsiębiorcy składającego niniejszy formularz zgłoszeniowy oraz przedsiębiorstw powiązanych i/lub partnerskich. …………………………………………………………… Data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania  przedsiębiorstwa (zgodnie z dokumentem rejestrowym) |
| **Numery NIP przedsiębiorstw powiązanych i/lub partnerskich przedsiębiorstwa składającego niniejszy** **Formularz zgłoszeniowy** |  |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ IV. Informacje o planowanym wsparciu w ramach projektu** |
| **Kto będzie korzystał z usług rozwojowych?** |[ ]  właściciel / przedsiębiorca | **Liczba osób planowanych do skierowania przez przedsiębiorstwo do udziału w usługach rozwojowych (w tym przedsiębiorca)** |  |
|  |[ ]  pracownicy |  |  |
| **Pracownicy kierowani do udziału w usługach rozwojowych są zatrudnieni w woj. warmińsko – mazurskim co najmniej 3 miesiące we wnioskującym MŚP**  |[ ]  TAK | **Rodzaj planowanych usług, o refundację kosztów których będzie ubiegać się przedsiębiorstwo** |[ ]  usługa szkoleniowa |
|  |[ ]  NIE |  |[ ]  studia podyplomowe |
|  |[ ]  NIE DOTYCZY (uczestnikiem będzie przedsiębiorca) |  |[ ]  usługa doradcza (50% dofinansowania) |
| **Przedsiębiorstwo planuje ubiegać się o dofinansowanie usług rozwojowych** |[ ]  prowadzących do zdobycia umiejętności niezbędnych do obsługi działań zgodnych z zasadami zielonej gospodarki, w tym gospodarki obiegu zamkniętym |[ ]  prowadzących do zdobycia kwalifikacji zarejestrowanych w ZSK |
|  |[ ]  z zakresu opieki długoterminowej |[ ]  MŚP nie planuje ubiegania się o dofinansowanie w obszarach wymienionych w niniejszym punkcie |
|  |
| **CZĘŚĆ V. Oświadczenia** |
| **Lp.** | **TAK** | **NIE** |  |
| **1.** |[ ] [ ]  Wyrażam zgodę na weryfikację przez Operatora i inne uprawnione instytucje, w tym IZ FEWiM poprawności i prawdziwości danych zawartych w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym |
| **2.** |[ ] [ ]  **Zapoznałem się** z Regulaminem udziału w projekcie „Klucz do usług rozwojowych dla MŚP z województwa warmińsko-mazurskiego” (nr projektu FEWM.07.05-IZ.00-0005/23) i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia |
| **3.** |[ ] [ ]  Jestem świadomy, iż zgłoszenie się do udziału w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem przedsiębiorstwa do objęcia wsparciem |
| **4.** |[ ] [ ]  **Zostałem** poinformowany, że **projekt** „Klucz do usług rozwojowych” **jest współfinansowany** ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus |
| **5.** |[ ] [ ]  Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku stwierdzenia przez Operatora, że **dane** zawarte w formularzu zgłoszeniowym **są nieprawdziwe**, niezgodne ze stanem faktycznym Operator ma prawo odmówić zakwalifikowania do udziału w projekcie przedsiębiorstwo, które reprezentuję |
| **6.** |[ ] [ ]  **Zostałem** (dotyczy również wszystkich członków organów zarządzających lub wspólników przedsiębiorstwa) **prawomocnie skazany** za przestępstwo składania fałszywych zeznań, przekupstwa, przestępstwa przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotowi pieniężnemu i papierami wartościowymi, obrotowi gospodarczemu, systemowi bankowemu, przestępstwa skarbowe lub inne związane z prowadzeniem działalności gospodarczej lub popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych |
| **7.** |[ ] [ ]  Nie byłam(-em) karana(-y) za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych |
| **8.** |[ ] [ ]  Przedsiębiorstwo, które reprezentuję **ma obowiązek** składania sprawozdań finansowych |
| **9.** |[ ] [ ]  Przedsiębiorstwo, które reprezentuję **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 (o ile dotyczy) |
| **10.** |[ ] [ ]  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.) |
| **11.** |[ ] [ ]  Podmiot **nie podlega** wykluczeniu z możliwości otrzymania środków Unii Europejskiej na podstawie prawodawstwa unijnego i krajowego wprowadzającego sankcje wobec podmiotów i osób, które w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej lub są za nie odpowiedzialne. Odbiorca wsparcia nie figuruje na stosownych listach, zarówno unijnych jak i krajowych oraz czy nie jest powiązany z osobami lub podmiotami, które figurują na listach sankcyjnych. |
| **12.** |[ ] [ ]  Rachunek bankowy wskazany w niniejszym Formularzu należy do przedsiębiorstwa wnioskującego o wsparcie w ramach projektu „Klucz do usług rozwojowych dla MŚP z województwa warmińsko – mazurskiego” (nr projektu FEWM.07.05-IZ.00-0005/23) |
| **13.** |[ ] [ ]  Mam świadomość, iż w przypadku dokonania opłaty za usługę rozwojową w formie gotówkowej lub formie bezgotówkowej z konta innego, iż wskazane w niniejszym Formularzu i/lub dokonanie płatności po terminie określonym przez Dostawcę usługi na fakturze Operator może uznać koszty usługi rozwojowej za niekwalifikowalne i odmówić wypłaty refundacji |
| **14.** |[ ] [ ]  **Posiadam** prawną **możliwość odzyskania lub odliczenia** poniesionego ostatecznie kosztu **podatku VAT** w związku z realizacją działań objętych dofinansowaniem w ramach projektu „Klucz do usług rozwojowych dla MŚP z województwa warmińsko - mazurskiego” (nr projektu FEWM.07.05-IZ.00-0005/23). Jednocześnie zobowiązuję się do zwrotu zrefundowanej w ramach projektu części poniesionego podatku VAT, jeśli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie lub odliczenie tego podatku. |
| **15.** |[ ] [ ]  Mam świadomość, iż **dofinansowanie** do kosztów uczestnictwa w usługach rozwojowych jest realizowane **w formie refundacji** części poniesionych kosztów (50% lub nie więcej niż 80% w przypadku spełnienia warunków dodatkowych) |
| **16.** |[ ] [ ]  Przedsiębiorstwo, które reprezentuję **zobowiązuje się do wniesienia wkładu własnego** w wysokości minimum 50% kosztów udziału w usłudze rozwojowej lub, w przypadku przyznania wyższego poziomu dofinansowania, wkładu nie mniejszego niż 20% |
| **17.** |[ ] [ ]  Mam świadomość, iż w przypadku kierowania do udziału w usłudze rozwojowej pracowników (personelu przedsiębiorstwa) wsparciem w ramach projektu „Klucz do usług rozwojowych dla MŚP z województwa warmińsko - mazurskiego” (nr projektu FEWM.07.05-IZ.00-0005/23) mogą zostać objęci **WYŁĄCZNIE** **pracownicy zatrudnieni na terenie województwa warmińsko – mazurskiego** **we wnioskującym przedsiębiorstwie** **co najmniej 3 miesiące przed udzieleniem wsparcia** |
| **18.** |[ ] [ ]  Na wezwanie Operatora (nie później niż na etapie przyznawania dofinansowania) przedstawię dodatkowe dokumenty potwierdzające zatrudnienie osób (pracowników / członków zarządu / wspólników) kierowanych na usługę rozwojową (np. uchwały zarządu, zakresy obowiązków, kopie umowy o pracę oraz właściwe zgłoszenie do ZUS). |
| **19.** |[ ] [ ]  Mam świadomość, iż całkowita **wartość wsparcia w danym roku nie przekracza rocznego obrotu z działalności gospodarczej** wnioskującego przedsiębiorstwa osiągniętego w ostatnim zamkniętym i zatwierdzonym okresie obrachunkowym. |
| **20.** |[ ] [ ]  Mam świadomość, iż Operator ma prawo odmówić przyznania dofinansowania na usługę rozwojową, której cena przekracza wartość III kwartyla określoną za pomocą narzędzia udostępnionego pod adresem: <https://uslugirozwojowe.parp.gov.pl/wyszukiwarka/porownywarka>  |
| **21.** |[ ] [ ]  Mam świadomość, iż **maksymalna kwota** wsparcia w ramach wszystkich projektów operatorskich dla jednego przedsiębiorstwa **nie może przekroczyć** 48 000 zł, a w przeliczeniu na 1 pracownika średnio 16 000 zł (przy założeniu realizacji pojedynczej usługi rozwojowej przez 1 pracownika) |
| **22.** |[ ] [ ]  **Równolegle ubiegam się** o wsparcie na usługi rozwojowe **u innego regionalnego Operatora** środków na usługi rozwojowe w ramach Działania 7.5 FEWM |
| **23.** |[ ] [ ]  Przedsiębiorca do dnia złożenia niniejszego formularza podpisał już umowę wsparcia na dofinansowanie usług rozwojowych w ramach Działania 7.5 w województwie warmińsko – mazurskim z innym regionalnym Operatorem.Jeśli **TAK**, należy wskazać nazwę Operatora w województwie warmińsko – mazurskim, u którego przedsiębiorca otrzymał dofinansowanie do poniesionych kosztów usług rozwojowych ORAZ datę przyznania dofinansowania……………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **24.** |[ ] [ ]  Przedsiębiorstwo **posiada profil instytucjonalny** w Bazie Usług Rozwojowych. Dane zawarte w Bazie Usług Rozwojowych zostały wprowadzone przeze mnie, są aktualne na dzień złożenia oświadczenia, kompletne oraz zgodne z prawdą. |
| **25.** |[ ] [ ]  W przypadku konieczności złożenia dodatkowych dokumentów i/lub wyjaśnień przedłożę je w terminie wyznaczonym przez Operatora. Przekroczenie wyznaczonego terminu może skutkować odmową zakwalifikowania przedsiębiorstwa do udziału w projekcie. |
| **26.** |[ ] [ ]  Mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane do Operatora stają się własnością Operatora i nie mam prawa żądać ich zwrotu lub zniszczenia. |
| **27.** |[ ] [ ]  Zobowiązuję się do dostarczenia do Operatora dokumentów rekrutacyjnych oraz dotyczących otrzymanego wsparcia (jeśli dotyczy) w wersji papierowej nie później niż 7 dni od podpisania umowy wsparcia. |
| **28.** |[ ] [ ]  **Wyrażam zgodę** na otrzymywanie informacji o projekcie oraz wynikach weryfikacji przedłożonych dokumentów **drogą elektroniczną** na adres e-mail wskazany w części nr 1 niniejszego formularza zgodnie z art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 18.07.2002 r. oświadczeniu usług drogą elektroniczną |
| Miejscowość, data | Pieczęć przedsiębiorstwa(o ile dotyczy) | Czytelny podpis osoby (osób) uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwalub podpis z pieczątką imienną |

|  |
| --- |
| **Klauzula informacyjna – ochrona danych osobowych** |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez TECHPAL Sp. z o. o., ul. Barcza 16, 10 – 685 Olsztyn zgodnie z Ustawą z dnia 15.05.2018 r. (Dz. U. z dnia 24.05.2018 r. poz. 1000) do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu „Klucz do usług rozwojowych dla MŚP z województwa warmińsko – mazurskiego”, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się przez TECHPAL Sp. z o. o., ul. Barcza 16, 10 – 685 Olsztyn z obowiązków wobec Instytucji Zarządzającej wynikających z umowy o dofinansowanie nr FEWM.07.05-IZ.00-0005/23. |
| W związku z ubieganiem się o zakwalifikowanie do udziału w projekcie „Klucz do usług rozwojowych dla MŚP z województwa warmińsko – mazurskiego” (nr projektu FEWM.07.05-IZ.00-0005/23) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (dalej: RODO), przyjmuję do wiadomości, iż:1. Administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją ww. Projektu jest TECHPAL Sp. z o.o., będący Beneficjentem tego Projektu (dalej: Beneficjent).
2. Beneficjent powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: iodo@techpal.com.pl
3. Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO. Oznacza to, że moje dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Beneficjenta obowiązków prawnych ciążących na nim w związku z realizacją ww. Projektu. Wspomniane obowiązki prawne ciążące na Beneficjencie w związku z realizacją ww. Projektu określone zostały Umową o dofinansowanie Projektu nr **FEWM.07.05-IZ.00-005/23-00** oraz przepisami m.in. w niżej wymienionych aktach prawnych:
4. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24.06.2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowe,
5. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24.06.2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013,
6. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1058 z dnia 24.06.2021 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Funduszu Spójności,
7. Ustawa z dnia 28.04.2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (dalej: ustawa wdrożeniowa).
8. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Beneficjenta określonych prawem i Umową o dofinansowanie Projektu nr **FEWM.07.05-IZ.00-005/23-00** obowiązków w związku z realizacją Projektu nr **FEWM.07.05-IZ.00-005/23** pn. „Klucz do usług rozwojowych dla MŚP z województwa warmińsko – mazurskiego”
9. Moje dane osobowe zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym wskazanym w art. 89 ustawy wdrożeniowej, w szczególności:
10. Ministrowi właściwemu ds. rozwoju regionalnego – Ministrowi Funduszy i Polityki Regionalnej, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
11. Ministrowi właściwemu ds. finansów publicznych – Ministrowi Finansów, ul. Świętokrzyska 12, 00-916 Warszawa,
12. Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 – Zarządowi Województwa Warmińsko-Mazurskiego, ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn,
13. Instytucji Pośredniczącej programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 – Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Olsztynie, ul. Głowackiego 28, 10-448 Olsztyn,
14. Instytucji Audytowej – Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej, ul. Świętokrzyska 12, 00-916 Warszawa,
15. w zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań wynikających z przepisów tej ustawy
16. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyty w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027, w szczególności na zlecenie Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 lub Beneficjenta.
17. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
18. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
19. Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w art. 87 ust. 1 ustawy wdrożeniowej.
20. W każdym czasie przysługuje mi prawo dostępu do swoich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.
21. Jeżeli uznam, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
22. Podanie przez mnie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji Projektu.
23. Potwierdzam zapoznanie się z treścią oświadczenia oraz akceptuję wszystkie jego zapisy.
 |
| Miejscowość, data | Czytelny podpis osoby (osób) uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa lub podpis z pieczątką imienną |

**WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW stanowiących KOMPLET DOKUMENTACJI REKRUTACYJNEJ:**

**(należy zaznaczyć „X” właściwe załączniki oraz uzupełnić liczbę składanych dokumentów)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zaznaczyć „X”** | **Nazwa załącznika** | **Liczba dokumentów** | **Obowiązkowy lub TAK/NIE (jeśli dotyczy)** |
| **1.** |[ ]  Formularz zgłoszeniowy przedsiębiorstwa |  | **OBOWIĄZKOWY** |
| **2.** |[ ]  Formularz przedstawiany przy ubieganiu się o pomoc de minimis |  | **OBOWIĄZKOWY** |
| **3.** |[ ]  Lista usług rozwojowych(dokument dołączany **WYŁĄCZNIE** w przypadku dokonania wyboru konkretnej usługi / usług **PRZED** złożeniem Formularza zgłoszeniowego) |  | jeśli dotyczy |
| **4.** |[ ]  Analityczne zestawienie własne przedsiębiorcy dotyczące danych finansowych oraz wielkości zatrudnienia w podmiotach powiązanych / partnerskich |  | **OBOWIĄZKOWY** w przypadku podmiotów powiązanych / partnerskich |
| **5.** |[ ]  Dokumenty finansowe potwierdzające poprawność wypełnienia tabeli w Części III Formularza zgłoszeniowego (**w zależności od formy prawnej MŚP i wybranego sposobu rozliczania podatku**):* pełne sprawozdania finansowe (rachunek zysków i strat, bilans, zestawienie zmian w kapitale i rachunek przepływów pieniężnych), pełne zestawienie z KPiR, PIT B, PIT 16A, PIT 28, PIT 28S, PIT 36, PIT 36L, CIT 8 lub inne (wraz z wymaganymi załącznikami), ewidencja przychodów opodatkowanych ryczałtem, decyzja Naczelnika Urzędu Skarbowego ustalająca wysokość podatku dochodowego w formie karty podatkowej

UWAGA:W przypadku przedsiębiorstw powiązanych / partnerskich należy przedłożyć dokumenty przedsiębiorstwa wnioskującego o dofinansowanie ORAZ wszystkich przedsiębiorstw powiązanych / partnerskich. |  | **OBOWIĄZKOWY** |
| **6.** |[ ]  Dokumenty związane z zatrudnieniem pracowników (personelu MŚP) potwierdzające poprawność wypełnienia tabeli w Części III Formularza zgłoszeniowego:* ZUS RCA za każdy miesiąc za 3 ostatnie lata (łącznie 36 deklaracji)
* oświadczenie – wyłącznie w przypadku firm niezatrudniających pracowników + 3 ostatnie złożone deklaracje ZUS DRA przedsiębiorcy
 |  | **OBOWIĄZKOWY** |
| **7.** |[ ]  Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu w podatkach lub stwierdzające zaległość podatkową w: podatkach dochodowych PIT lub CIT, podatku od towarów i usług VAT, akcyzie (o ile dotyczy).Zaświadczenie nie może być wystawione wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem dokumentu do Operatora. |  | **OBOWIĄZKOWY** |
| **8.** |[ ]  Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w opłacaniu składek na: ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych.Zaświadczenie nie może być wystawione wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem dokumentu do Operatora. |  | **OBOWIĄZKOWY** |
| **9.** |[ ]  Pełnomocnictwo do podpisania dokumentów lub oświadczeń w imieniu danego Przedsiębiorstwa udzielone osobie innej niż wskazana/–e w dokumencie rejestrowym, do przekazywanych dokumentów rekrutacyjnych  |  | jeśli dotyczy |
| **10.** |[ ]  Umowa spółki cywilnej |  | jeśli dotyczy |
| **11.** |[ ]  Umowa agencyjna / współpracy / partnerska /franczyzy |  | jeśli dotyczy |
| **12.** |[ ]  Inne istotne (z punktu widzenia przedsiębiorcy) dla uzyskania dofinansowania (jakie?)........................................................................................ |  | jeśli dotyczy |

**UWAGA:**

**Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa musi pozwalać na jednoznaczną identyfikację osoby, która go złożyła, tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis lub parafkę + pieczęć z imieniem i nazwiskiem Przedsiębiorcy. Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile)
w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego.**

**Dopuszcza się złożenie dokumentów podpisanych przez przedsiębiorcę elektronicznym podpisem kwalifikowanym. Dokumenty podpisane w ten sposób i przesłane w formie elektronicznej uznaje się za oryginał.**

**Na etapie rekrutacji dopuszczalne jest przesłanie kompletu dokumentów rekrutacyjnych w wersji elektronicznej (skan dokumentów podpisanych odręcznie lub dokumenty podpisane podpisem kwalifikowanym, preferowany format pliku .pdf) w formie wiadomości e-mail na adres operator@techpal.com.pl**

**Na etapie przyznawania wsparcia (nie później niż 7 dni po podpisaniu umowy wsparcia) niezbędne jest dostarczenie (osobiste / pocztą tradycyjną / przesyłką kurierską) do Biura projektu – TECHPAL Sp. z o.o., ul. Barcza 16, 10 – 685 Olsztyn kompletu dokumentów związanych z otrzymanym dofinansowaniem.**

Oświadczam, iż wszystkie informacje podane w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym oraz w dokumentach dodatkowych są prawdziwe, zgodne ze stanem faktycznym i prawnym; jednocześnie jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 oraz art. 297 k.k. za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

…………………………………………………… ……………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis osoby (osób) uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa lub podpis z pieczątką imienną