

Docelowa Grupa Wsparcia

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Mikro Przedsiębiorca

Mały Przedsiębiorca

Średni Przedsiębiorca

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|--|
| NAZWA FIRMY ZGODNA Z DOKUMENTEM REJESTROWYM | | | |
| ADRES (ulica, numer lokalu, kod pocztowy) | | | |
| MIEJSCE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ | | | |
| NIP | | REGON | |
| NR KRS LUB WPIS DO CENTRALNEJ EWIDENCJI I INFORMACJI O DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ | | | |
| IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCIELA | | | |
| TELEFON KONTAKTOWY | | | |
| E-MAIL | | | |
| POLSKA KLASYFIKACJA DZIAŁALNOŚCI PKD | | | |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>SPOSÓB POWIĄZANIA DZIAŁALNOŚCI Z SEKTOREM ICT</p> | <p><input type="checkbox"/> SEKTOR PRODUKCJI ICT <input type="checkbox"/> SEKTOR USŁUG ICT <input type="checkbox"/> TELEKOMUNIKACJA <input type="checkbox"/> USŁUGI INFORMATYCZNE <input type="checkbox"/> INNE:</p> |
| <p>DZIAŁALNOŚĆ W RAMACH INTELIGENTNEJ SPECJALIZACJIⁱⁱ</p> | <p><input type="checkbox"/> SEKTOR PRODUKCJI ICT <input type="checkbox"/> SEKTOR USŁUG ICT <input type="checkbox"/> TELEKOMUNIKACJA <input type="checkbox"/> USŁUGI INFORMATYCZNE <input type="checkbox"/> INNE: <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY</p> |
| <p>KRÓTKI OPIS DZIAŁALNOŚCI, W TYM OPIS OFEROWANYCH PRODUKTÓW I/LUB USŁUG</p> | |
| <p>PRZYNALEŻNOŚĆ DO ORGANIZACJI I/LUB STOWARZYSZEŃ</p> | <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>JAKIE:</p> |
| <p>UDZIAŁOWCY, PRZEDSIĘBIORSTWA PARTNERSKIE, PRZEDSIĘBIORSTW POWIĄZANEⁱⁱⁱ</p> | <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>JAKIE:</p> <p><i>(wymagane wypełnienie załącznika nr 1 do formularza zgłoszeniowego)</i></p> |
| <p>UZASADNIENIE POTRZEBY WSPARCIA W RAMACH DOCELOWEJ GRUPY WSPARCIA</p> | |
| <p>POTRZEBY DOCELOWEJ GRUPY WSPARCIA</p> | <p><input type="checkbox"/> STOLIK DUŻY <input type="checkbox"/> STOLIK MAŁY <input type="checkbox"/> KRZESŁO <input type="checkbox"/> PUFA <input type="checkbox"/> POWIERZCHNIA WYSTAWIENNICZA NP. NA ROLL-UP <input type="checkbox"/> STOJAK NA FOLDERY/ULOTKI FIRMOWE <input type="checkbox"/> TELEWIZOR LCD NA STOJAKU <input type="checkbox"/> INNE</p> |

Oświadczam że:

1. Wszystkie informacje zawarte powyżej i w ramach załączonej dokumentacji są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam złożonym poniżej własnoręcznym podpisem. Przyjmuję do wiadomości, że w razie podania nieprawdy lub zatajenia prawdy, możliwe są ujemne skutki prawne w tym związane.

2. Jestem mikro, małym lub średnim przedsiębiorcą spełniającym warunki określone w Załączniku I do Rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. W przypadku konieczności wyjaśnienia statusu mojego przedsiębiorstwa, zobowiązuje się dostarczyć niezbędną dokumentację potwierdzającą dany fakt.
3. Zapoznałem/łam się i akceptuję postanowienia Regulaminu Uczestnictwa Projekcie.
4. Zapoznałem się z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Komisji WE nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014 r.)
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Agencję Rozwoju Metropolii Szczecińskiej Sp. z o.o., przedstawicieli Komisji Europejskiej lub Instytucji Zarządzającej – Urzędu Marszałkowskiego oraz inne upoważnione podmioty w celach związanych z procesem rekrutacji w ramach Projektu. Agencja zapewnia prawo wglądu i zmiany swoich danych osobowych na warunkach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133 poz. 883 z późn. zm.).

.....
(data)

.....
(podpis, pieczęć firmowa)

i Przedsiębiorca poprzez zaznaczenie właściwego pola, potwierdza iż klasyfikuje wielkość swojego przedsiębiorstwa jako mikro, małe lub średnie przedsiębiorstwo zgodnie z postanowieniami Załącznika nr I do rozporządzenia Komisji WE nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014 r.), tj.:

- Do kategorii mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw („MŚP”) należą przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro, lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro.
- W kategorii MŚP małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów euro
- W kategorii MŚP mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów euro

ii Przedsiębiorca, poprzez zaznaczenie jednego lub więcej pól, potwierdza, że prowadzi działalność w ramach obszaru inteligentnych specjalizacji wykazanych w opracowaniu Wydziału Zarządzania Strategicznego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego.

iii Przedsiębiorstwa powiązane i partnerskie, rozumiane zgodnie z definicją ujętą w Załączniku nr 1 do rozporządzenia Komisji WE nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014 r.)