KPT……………………………

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**dla mikro, małych i średnich przedsiębiorstw**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Zgłaszam udział w realizacji Usługi**   ***(proszę zaznaczyć odpowiednie pole)*** | | | | | | | | | | | | | | |
| * Rebranding marki | | | | | | | * Wzorniczy audyt technologiczny | | | | | * Strategia wejścia produktu na rynek | |
| 1. **Dane podstawowe**   ***(proszę dołączyć kopię dokumentu rejestrowego przedsiębiorstwa (KRS, EDG) potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną)*** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa przedsiębiorstwa** | | | |  | | | | | | | | | | |
| **NIP** | | | |  | | | | | | | | | | |
| **REGON** | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Polska Klasyfikacja Działalności (PKD)[[1]](#footnote-1)** | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Wielkość przedsiębiorstwa zgodnie z załącznikiem I do rozporządzenia Komisji (WE) nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008 r.** *(proszę zaznaczyć odpowiednie pole)* | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Mikroprzedsiębiorstwo | | | | | | | | | | | | | |
|  | Małe przedsiębiorstwo | | | | | | | | | | | | | |
|  | Średnie przedsiębiorstwo | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres** | | | Ulica: …………..…………………………………… Nr domu: ..….… Nr lokalu ………  Kod pocztowy: …..……..…… Miejscowość:…………………………………………..  Powiat: ………….……………………….. Woj.: ……….………………………………….. | | | | | | | | | | | |
| **Adres jednostki organizacyjnej przedsiębiorstwa (jeśli adres siedziby głównej nie mieści się na terenie woj. świętokrzyskiego)** | | | | | | □ FILIA | | | | | □ DELEGATURA | | | |
| Ulica: …………..……………………… Nr domu:..….… Nr lokalu ………  Kod pocztowy: …..……..…Miejscowość:…………………………………  Powiat: ………….…………………… Woj.: ……….……………………….. | | | | | | | | |
| **Obszar** | | | | | | * Miejski | | | | * Wiejski | | | | |
| 1. **Dane osoby upoważnionej do kontaktów** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | | | | |  | | | **Stanowisko** | | | |  | |
| **E-mail** | | | | | |  | | | **Telefon** | | | |  | |
| 1. **Informacje dotyczące sytuacji finansowej przedsiębiorstwa**   ***(proszę dołączyć wypełniony Załącznik nr 1)*** | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.1. Przedsiębiorstwo zgodnie z zapisami art.2 Ustawy o rachunkowości z dnia 29 września 1994 r. (Dz.U. 1994 Nr 121 poz. 591)** (*proszę zaznaczyć odpowiednie pole)* | | | | | | | | | | | | | | |
|  | nie jest zobowiązane do składania finansowych sprawozdań rocznych | | | | | | | | | | | | | |
|  | jest zobowiązane do składania finansowych sprawozdań rocznych  ***(proszę dołączyć kopie sprawozdań rocznych z trzech ostatnich lat obrotowych, potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną)*** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Informacja o otrzymanej pomocy de minimis**   ***(proszę dołączyć wypełniony Załącznik nr 2)*** | | | | | | | | | | | | | | |
| **5.1. W okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe Przedsiębiorstwo otrzymało środki stanowiące pomoc de minimis**  (*proszę zaznaczyć odpowiednie pole)* | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Nie | | | | | | | | | | | | | |
|  | Tak  ***(proszę dołączyć kserokopie zaświadczeń, potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną)*** | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **W przypadku odpowiedzi TAK, proszę podać łączna wartość w euro otrzymanej pomocy de minimis za okres obejmujący bieżący rok i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe** | | | | | | | | | | | | | | |
| Kwota euro: | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Informacja dotycząca produktu/usługi**   ***(W przypadku przedsiębiorstw ubiegających się o realizację usługi WZORNICZEGO AUDYTU TECHNOLOGICZNEGO lub usługi wykonania STRATEGII WEJŚCIA PRODUKTU NA RYNEK należy wskazać i opisać jeden wybrany produkt/usługę, który przedsiębiorca zamierza poddać analizie***  ***w ramach wymienionych usług.***  ***(Należy załączyć zdjęcie/grafikę wybranego produktu/usługi).*** | | | | | | | | | | | | | | |
| **6.1. Nazwa produktu/ usługi.** | | | | |  | | | | | | | | | |
| **6.2. Opis zastosowania i funkcjonalności produktu/ usługi.** | | | | |  | | | | | | | | | |
| **6.3. Cechy estetyczne/wyg ląd produktu/ usługi.** | | | | |  | | | | | | | | | |
| **6.4. Odbiorcy (należy określić potencjalnego klienta dla usługi/ produktu)** | | | | |  | | | | | | | | | |
| **6.5. Czy firma uczestniczy w procesie wytwarzania produktu/usługi?** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Tak** | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Nie** | | | | | | | | | | | | |
| **Jeżeli** „*Tak”***proszę opisać udział przedsiębiorstwa w procesie wytwarzania produktu/usługi.** | | | | |  | | | | | | | | | |

**Oświadczam, że:**

deklaruję udział w projekcie pt**.** „Kręgi Innowacji – rozwój zintegrowanych narzędzi wspierania innowacyjności województwa w obszarach o dużym potencjale wzrostu” Priorytet VIII. Regionalne kadry gospodarki, Działanie: 8.2. Transfer wiedzy; Poddziałanie: 8.2.2 Regionalne strategie innowacji

* reprezentowane przeze mnie przedsiębiorstwo posiada siedzibę, oddział lub filię i prowadzi działalność gospodarczą na terenie województwa świętokrzyskiego
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i przyjmuję do wiadomości, że:
* administratorem zebranych danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;
* moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu Kręgi Innowacji – rozwój zintegrowanych narzędzi wspierania innowacyjności województwa w obszarach o dużym potencjale wzrostu, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
* moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektuKręgi Innowacji – rozwój zintegrowanych narzędzi wspierania innowacyjności województwa w obszarach o dużym potencjale wzrostu, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
* podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
* mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
* zapoznałam/em się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w **Regulaminie Projektu „**Kręgi Innowacji – rozwój zintegrowanych narzędzi wspierania innowacyjności województwa w obszarach o dużym potencjale wzrostu**”** i zgodnie z jego wymogami Przedsiębiorstwo jest uprawnione do uczestnictwa w nim. **Jednocześnie akceptuję wszystkie warunki Regulaminu.**
* zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
* mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane do Gmina Kielce/ Kielecki Park Technologiczny stają się jego własnością i nie mam prawa żądać ich zwrotu.
* **Przedsiębiorstwo, które reprezentuję jest uprawnione do korzystania z pomocy de minimis.**
* uprzedzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane na temat Przedsiębiorstwa w niniejszym Zgłoszeniu Uczestnictwa są zgodne z prawdą.
* mam świadomość, iż złożenie Karty zgłoszeniowej nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.

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

(miejscowość i data) (czytelny podpis i pieczęć osoby upoważnionej

w imieniu **Przedsiębiorstwa)**

1. zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.) [↑](#footnote-ref-1)