KPT………………………………………….

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**dla samozatrudnionych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną)*** | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa przedsiębiorstwa** | | | |  | | | | | | | |
| **NIP** | | | |  | | | | | | | |
| **REGON** | | | |  | | | | | | | |
| **Polska Klasyfikacja Działalności (PKD)[[1]](#footnote-1)** | | | | | | | |  | | | |
| **Imię (imiona)** | | | |  | | | | | | | |
| **Nazwisko** | | | |  | | | | | | | |
| **Data i miejsce urodzenia** | | | |  | | | | | | | |
| **Pesel** | | | |  | | | | | | | |
| **Płeć** | | | |  | | | | | | | |
| **Kontakt** | | | | e-mail: telefon: | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania[[2]](#footnote-2)** | | | Ulica: …………..…………………………… Nr domu: ..….… Nr lokalu ………  Kod pocztowy: …..……..…… Miejscowość:………………………………….  Powiat: ………….……………………….. Woj.: ……….…………………………… | | | | | | | | |
| **Adres korespondencyjny**  **(jeżeli jest inny niż zamieszkania)** | | | | | | Ulica: …………..…………………… Nr domu: ..….… Nr lokalu ………  Kod pocztowy: …..……..…… Miejscowość:……………………………  Powiat: ………….……………………….. Woj.: ……….…………………… | | | | | |
| **Obszar** | | | | | | * Miejski | | | * Wiejski | | |
| **Wykształcenie** | | | | | | BRAK (brak formalnego wykształcenia)  PODSTAWOWE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły  podstawowej)  GIMNAZJALNE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły  gimnazjalnej)  PONADGIMNAZJALNE (wykształcenie średnie lub zasadnicze  zawodowe)  POMATURALNE (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż  na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest  wykształceniem wyższym)  WYŻSZE (pełne i zakończone wykształcenie na poziomie  wyższym) | | | | | |
| 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).*** | | | | | | | | | | | |
| **5.1. Nazwa produktu/ usługi.** | | | | |  | | | | | | |
| **5.2. Opis zastosowania i funkcjonalności produktu/ usługi.** | | | | |  | | | | | | |
| **5.3. Cechy estetyczne/wyg ląd produktu/ usługi.** | | | | |  | | | | | | |
| **5.4. Odbiorcy (należy określić potencjalnego klienta dla usługi/ produktu)** | | | | |  | | | | | | |
| **5.5. 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 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;
* 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 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)
2. Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-2)