



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PRZEDSIĘBIORCY

do projektu „Dofinansowanie usług rozwojowych dla zachodniopomorskich MMŚP III”

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OPERATORA	
RODZAJ FORMULARZA (zaznaczyć właściwy kwadrat)	
<input type="checkbox"/> Formularz zgłoszeniowy <input type="checkbox"/> Formularz korygujący	
Data	
Indywidualny numer zgłoszeniowy	

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ PRZEDSIĘBIORSTWO			
KATEGORIA PRZEDSIĘBIORSTWA W ROZUMIENIU PRZEPISÓW ZAŁĄCZNIKA NR I DO ROZPORZĄDZENIA KOMISJI (UE) NR 651/2014 Z DNIA 17 CZERWCA 2014 R. (DOTYCZY TAKŻE DZIAŁALNOŚCI OSOBY SAMOZATRUDNIONEJ)			
Kategoria przedsiębiorstwa	<input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> w tym samozatrudniony	<input type="checkbox"/> małe przedsiębiorstwo	<input type="checkbox"/> średnie przedsiębiorstwo
Typ przedsiębiorstwa	<input type="checkbox"/> niezależne (samodzielne)		
	<input type="checkbox"/> partnerskie	Nr NIP podmiotów partnerskich	
	<input type="checkbox"/> związane (powiązane)	Nr NIP podmiotów powiązanych	



DANE DOT. PRZEDSIĘBIORSTWA DO OKREŚLENIA JEGO STATUSU¹

Typ danych	W ostatnim okresie sprawozdawczym		W poprzednim okresie sprawozdawczy		W okresie sprawozdawczym za drugi rok wstecz od ostatniego okresu sprawozdawczego	
	Data od		Data od		Data od	
	Data do		Data do		Data do	
Wielkość zatrudnienia (w przeliczeniu na pełne etaty RJP)						
Obroty ze sprzedaży netto (w euro na koniec roku obrotowego)						
Suma aktywów bilansu (w euro)						

DANE PRZEDSIĘBIORSTW PARTNERSKICH / POWIĄZANYCH*

Typ danych	W ostatnim okresie sprawozdawczym	W poprzednim okresie sprawozdawczy	W okresie sprawozdawczym za drugi rok wstecz od ostatniego okresu sprawozdawczego
Wielkość zatrudnienia (w przeliczeniu na pełne etaty RJP)			
Obroty ze sprzedaży netto (w euro na koniec roku obrotowego)			
Suma aktywów bilansu (w euro)			

* Należy wskazać sumę wszystkich podmiotów powiązanych/partnerskich

DANE IDENTYFIKACYJNE PRZEDSIĘBIORSTWA – GŁÓWNA SIEDZIBA

Pełna nazwa przedsiębiorstwa	
NIP (w tym spółki cywilnej – jeśli dotyczy)	
REGON	
KRS (jeśli dotyczy)	

¹ Pozostawanie w układzie przedsiębiorstw partnerskich lub powiązanych wpływa na sposób ustalenia poziomu zatrudnienia oraz wielkości obrotów i aktywów, od których uzależniona jest posiadanie bądź utrata statusu MŚP, zgodnie z Instrukcją pomagającą w określeniu statusu MŚP przedsiębiorcy w formularzu zgłoszeniowym przedsiębiorcy (załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i udzielania wsparcia)



Forma prawna				
Województwo				
Powiat				
Gmina				
Miejscowość			Kod pocztowy	
Ulica			Numer budynku	Numer lokalu
Imię i nazwisko, stanowisko osoby do kontaktów roboczych u Przedsiębiorcy				
Telefon do kontaktów roboczych (osoba u Przedsiębiorcy)				
E-mail do kontaktów roboczych (osoba u Przedsiębiorcy)				
Nazwa banku oraz numer rachunku bankowego należącego do przedsiębiorcy do wypłaty refundacji				
Imię i nazwisko, stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania Przedsiębiorcy				
Telefon (osoba upoważniona do reprezentowania Przedsiębiorcy)				
E-mail (osoba upoważniona do reprezentowania Przedsiębiorcy)				

DANE IDENTYFIKACYJNE JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO (oddział, filia, delegatura, itp.) – wypełnić w przypadku gdy główna siedziba jest na terenie innego województwa niż zachodniopomorskie

Pełna nazwa przedsiębiorstwa	
NIP	
REGON	
KRS (jeśli dotyczy)	
Forma prawna	



Województwo			
Powiat			
Gmina			
Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica		Numer budynku	Numer lokalu
Imię i nazwisko, stanowisko osoby do kontaktów roboczych u Przedsiębiorcy			
Telefon do kontaktów roboczych (osoba u Przedsiębiorcy)			
E-mail do kontaktów roboczych (osoba u Przedsiębiorcy)			

OKREŚLENIE POZIOMU DOFINANSOWANIA PRZEDSIĘBIORSTW
(MOŻNA ZAZNACZYĆ WIĘCEJ NIŻ JEDNĄ POZYCJĘ)

Poziom dofinansowania	Kategoria dofinansowania	
70 %	podstawowy poziom dofinansowania dla przedsiębiorstw	<input type="checkbox"/> TAK
80%	poziom dofinansowania dla przedsiębiorstw prowadzących działalność w obszarze inteligentnych specjalizacji województwa zachodniopomorskiego (główne PKD przedsiębiorcy/przedsiębiorstwa)	<input type="checkbox"/> TAK
	<i>Jeśli wskazano TAK, podać odpowiedni nr PKD</i>	
	poziom dofinansowania dla usług w zakresie zielonych umiejętności	<input type="checkbox"/> TAK
	Poziom dofinansowania dla pracowników w wieku powyżej 55 roku życia	<input type="checkbox"/> TAK
	Poziom dofinansowania dla usług, które prowadzą do nabycia kwalifikacji, o których mowa w art. 2 pkt 8 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji, zarejestrowanych w Zintegrowanym Rejestrze Kwalifikacji oraz posiadających nadany kod kwalifikacji	<input type="checkbox"/> TAK

DODATKOWE DANE DOT. PRZEDSIĘBIORSTWA/ PRZEDSIĘBIORCY

Liczba osób skierowanych przez przedsiębiorcę do udziału w usługach rozwojowych	
---	--



Wartość usług netto, o których refundację ubiega się przedsiębiorstwo (zł)		
Wartość dofinansowania usług, o którą ubiega się przedsiębiorca (zł)		
Przedsiębiorca korzystał już lub korzysta (ma obecną zawartą umowę) z usług rozwojowych za pośrednictwem BUR z dofinansowaniem ze środków UE, w tym z EFS+	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK, proszę wskazać Operatora /nazwę instytucji, rok otrzymanego wsparcia oraz województwo, z którego otrzymano wsparcie		
Jeśli tak, proszę o podanie numeru usługi w BUR		
Czy wybrana za pośrednictwem BUR usługa wpływa na realizację celu rozwojowego przedsiębiorstwa		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Uzasadnienie potrzeby realizacji usługi w odniesieniu do uzyskania celu rozwojowego przedsiębiorstwa	1. Opis działalności:	
	2. Opis produktów i usług:	
3. Prognozowane przychody i koszty (w przypadku nowoutworzonych przedsiębiorstw, dla których nie zostały zamknięte sprawozdania finansowe):		
4. Uzasadnienie celu rozwojowego usług zgodnie z §12 ust. 5 lit. a) - e) Regulaminu rekrutacji i udzielania wsparcia w projekcie		
a) zgodności tematyki wybranej usługi rozwojowej z prowadzonym rodzajem działalności:		
b) zgodności tematyki wybranej usługi rozwojowej z zakresem zadań wykonywanych przez pracownika delegowanego na usługę w przedsiębiorstwie:		
c) zasadności wyboru usługi rozwojowej w aspekcie czasu trwania zatrudnienia pracownika delegowanego na usługę:		
d) zasadności wyboru usługi rozwojowej w aspekcie aktualnych/przyszłych potrzeb przedsiębiorstwa i sposobu ich realizacji poprzez usługę:		
e) celu biznesowego usługi rozwojowej – w jaki sposób usługa pozwala na wytworzenie produktu/ów, który/e pośrednio wpływa/ją na sytuację ekonomiczną lub finansową przedsiębiorcy lub realizacja usługi może pozwolić na poprawę sytuacji ekonomicznej lub finansowej przedsiębiorcy:		



OŚWIADCZENIE DE MINIMIS

Oświadczam, iż
(pełna nazwa przedsiębiorcy)

1. W ciągu pełnych trzech lat przedsiębiorstwo

otrzymało

nie otrzymało

pomoc de minimis*

* W przypadku otrzymania pomocy de minimis przedsiębiorstwo załącza wydruk z rejestru SUDOP dostępny na stronie: <https://sudop.uokik.gov.pl/search/aidBeneficiary> (po wpisaniu numeru NIP generuje się nazwa przedsiębiorstwa należy zaznaczyć opcje „tylko de minimis”, „pełne 3 lata wstecz” oraz „zawijanie długich wierszy dla formatu PDF”. Wydruk musi być podpisany przez osobę wskazaną do reprezentacji Przedsiębiorstwa. W przypadku, gdy przedsiębiorstwo uzyskało pomoc de minimis, która nie została wyszczególniona w wygenerowanym dokumencie z SUDOP, załącza skan zaświadczenia dotyczący otrzymania tejże pomocy.

2. Na Wnioskodawcy

ciąży

nie ciąży

obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz ze wspólnym rynkiem.

3. Wnioskodawca

jest

nie jest

przedsiębiorcą będącym w trudnej sytuacji ekonomicznej w rozumieniu pkt. 9-11 komunikatu Komisji w sprawie wytycznych wspólnotowych dotyczących pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 244 z 1.10.2004 r.)

4. Wnioskodawca oraz osoby reprezentujące Wnioskodawcę

są

nie są wykluczone,

stosownie do Rozporządzenia Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352/1 z 24.12.2013r.).

5. Wnioskodawca oraz osoby reprezentujące wnioskodawcę

figurują

nie figurują w rejestrze

podmiotów wykluczonych prowadzonym przez Ministra Finansów na podstawie art. 210 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. Urz. UE L 352/1 z 24.12.2013r.).

UWAGA:

Pomoc de minimis w rozumieniu art. 3 Rozporządzenia Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023) oznacza pomoc przyznaną temu samemu podmiotowi gospodarczemu w ciągu 3 minionych lat (3 x 365 dni), która łącznie z pomocą udzieloną na podstawie wniosku nie przekroczy równowartości 300 000 EURO. Wartość pomocy jest wartością brutto, tzn. nie uwzględnia potrąceń z tytułu podatków bezpośrednich. Pułap ten stosuje się bez względu na formę pomocy i jej cel.



POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA

Świadoma(-y) odpowiedzialności za podanie fałszywych informacji oświadczam, że:

1. dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą,
2. nie byłem(-em) karana(-y) za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
3. instytucja, którą reprezentuję nie podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania ze środków Unii Europejskiej na podstawie:
 - art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,
 - art.12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - art. 9 ust. 1 pkt 2a ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary,
4. instytucja, którą reprezentuję, nie 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,
5. zapoznałem/-am się z Regulaminem naboru do projektu „Dofinansowanie usług rozwojowych dla zachodniopomorskich MMŚP III” i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia oraz jestem świadom/a konsekwencji działań naruszających postanowienia Regulaminu
6. zostałem/em uprzedzony o odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 271 § 1 i art. 297 § 1 kodeksu karnego, dotyczącego poświadczania nieprawdy, co do okoliczności mającej znaczenie prawne oraz o istotnym znaczeniu dla uzyskania wsparcia finansowego,
7. zgadzam się na weryfikację przez Operatora i uprawnione Instytucje prawdziwości danych zawartych w niniejszym Formularzu,
8. wybrana usługa rozwojowa nie jest usługą, której obowiązek przeprowadzenia na zajmowanym stanowisku wynika z odrębnych przepisów prawa.
9. nie ubiegam się oraz nie otrzymałem dofinansowania tych samych usług rozwojowych dla tych samych pracowników u innego Operatora ani w ramach innych funduszy europejskich.
10. mam pełną świadomość, iż brak zapisu na usługi dofinansowane z EFS+ za pośrednictwem Bazy Usług Rozwojowych będzie skutkowało brakiem wypłacenia refundacji przez Operatora. Obowiązek prawidłowego zapisu spoczywa wyłącznie na mnie i nie będę wnosił żadnych roszczeń do Operatora, w sytuacji gdy zapisu nie dokonam lub zapis okaże się niewłaściwy.
11. oryginały podpisanych dokumentów złożonych w procesie aplikowania o uzyskanie dofinansowania znajdują się w siedzibie Podmiotu.
12. oryginały dokumentów rozliczających wsparcie, przesłanych elektronicznie po zakończeniu usługi rozwojowej/ usług rozwojowych znajdować się będą w siedzibie Podmiotu.
13. jestem świadomy/a i odpowiedzialny/a za kierowanie pracowników na szkolenia w czasie trwania zagrożenia epidemicznego.
14. w związku z prawnym stosowaniem środków sankcyjnych w zakresie ograniczenia lub wyłączenia z możliwości wspierania ze środków publicznych podmiotów i osób, które w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej lub są za nie odpowiedzialne, oświadczam(y), że



nie podlegamy kryteriom wykluczającym, nie jesteśmy wpisani na listy osób i podmiotów objętych sankcjami, zgodnie z poniższymi aktami prawnymi:

- a) Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 poz. 835),
- b) Rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. w zakresie środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy,
- c) Rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających,
- d) Rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie,
- e) Komunikatu Komisji (UE) nr 2022/C 131 I/01 „Tymczasowe kryzysowe ramy środków pomocy państwa w celu wsparcia gospodarki po agresji Rosji wobec Ukrainy”

.....
Data i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji
Przedsiębiorcy

ZAŁĄCZNIKI (należy zaznaczyć właściwy załącznik, jeżeli jest dołączony do Formularza zgłoszeniowego):

- 1 Formularz zgłoszeniowy uczestnika (liczba: szt.)
- 2 Wykaz uczestników zgłoszonych na usługę rozwojową
- 3 Karta usługi BUR
- 4 Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis,
- 5 wydruk SUDOP (jeśli dotyczy)
- 6 Kopia umowy spółki cywilnej (jeśli dotyczy)
- 7 Pełnomocnictwo do reprezentowania przedsiębiorcy (jeśli dotyczy)
- 8 Dokumenty ZUS wraz z potwierdzeniami ich przesłania do ZUS