*Załącznik nr 1 do Umowy wsparcia*

*„Przepis na Rozwój - kompetencje Sektora Opieki Zdrowotnej i Pomocy Społecznej"*

*nr POWR.02.21.00-00-R168/21*

**OŚWIADCZENIE PRZEDSIĘBIORSTWA**

OKREŚLENIE PRZYNALEŻNOŚCI DO DANEJKATEGORII PRZEDSIĘBIORSTWA

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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) **[[1]](#footnote-1)** | | | | | | |
| **Kategoria przedsiębiorstwa** | ⬜ mikroprzedsiębiorstwo  ⬜ w tym samozatrudniony | | ⬜ małe przedsiębiorstwo | | ⬜ średnie przedsiębiorstwo | |
| **Typ przedsiębiorstwa** | ⬜ niezależne (samodzielne) | | ⬜ partnerskie | | ⬜ związane (powiązane) | |
| **Zmiana statusu – opis** *(jeśli dotyczy):*  *W przypadku, gdy nastąpiła zmiana statusu przedsiębiorstwa należy krótko opisać przesłanki, które spowodowały utratę bądź uzyskanie statusu mikro, małego lub średniego przedsiębiorcy, lub przedsiębiorcy innego niż MŚP.* | | | | | | |
| **DANE DOT. PRZEDSIĘBIORSTWA DO OKREŚLENIA JEGO STATUSU[[2]](#footnote-2)** | | | | | | |
| **Typ danych** | | **W ostatnim zamkniętym okresie sprawozdawczym**  **rok………………………..** | | **W poprzednim okresie sprawozdawczym**  **rok………………………..** | | **W okresie sprawozdawczym za drugi rok wstecz od ostatniego okresu sprawozdawczego**  **rok………………………..** |
| **Wielkość zatrudnienia**  **(w przeliczeniu na pełne etaty RJP)** | |  | |  | |  |
| **Obroty ze sprzedaży netto**  **(w euro na koniec roku obrotowego)** | |  | |  | |  |
| **Suma aktywów bilansu**  **(w euro)** | |  | |  | |  |

**Oświadczam, że zapoznałam/-em się z treścią Załącznika nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie *„Przepis na Rozwój - kompetencje Sektora Opieki Zdrowotnej i Pomocy Społecznej"***

**Instrukcją pomagającą w określeniu statusu MMŚP, a także stosowałam/-em ją podczas określania wielkości i typu przedsiębiorstwa.**

**………………………………………………..……………………………………………**

Data i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Przedsiębiorcy

*Dotyczy Przedsiębiorstw partnerskich i związanych:*

**Oświadczam, że dane dotyczące wielkości zatrudnienia oraz dane finansowe są wynikiem skumulowania danych przedsiębiorcy oraz przedsiębiorstw partnerskich i/lub powiązanych.**

**………………………………………………..……………………………………………**

Data i podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Przedsiębiorcy

1. Instrukcja pomagająca w określeniu statusu MMŚP znajduje się w Załączniku nr 5 do Regulaminu projektu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Pozostawanie w układzie przedsiębiorstw partnerskich lub powiązanych wpływa na sposób ustalenia poziomu zatrudnienia oraz wielkości obrotów i aktywów, od których uzależnia się posiadanie bądź utratę statusu MMŚP – należy zapoznać się z Załącznikiem   
   nr 5 do Regulaminu oraz wpisać do tabeli odpowiednio skumulowane dane przedsiębiorców partnerskich lub powiązanych ze swoim. [↑](#footnote-ref-2)