**Załącznik nr 2a do Umowy wsparcia**

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

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

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PRZEDSIĘBIORSTWA**

**FORMULARZ PROSIMY UZUPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ „X”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Pełna nazwa przedsiębiorstwa zgodna z dokumentem rejestrowym** |  |
| 1 | Kraj |  |
| 2 | Forma prawna |  |
| 3 | NIP |  |
| 4 | Typ instytucji PRZEDSIĘBIORSTWO (TAK /NIE) | TAK  NIE |
| 5. | Kod PKD[[1]](#footnote-2)………………………………………… | Oświadczam, że wskazany Kod PKD **jest kodem głównej** działalności (przeważającej u danego Przedsiębiorcy) lub KRS jako kod przeważającej działalności  TAK |
| Oświadczam, że wskazany kod PKD nie jest kodem głównej działalności. Potwierdzam, że prowadzę lub zamierzam prowadzić czynną działalność w sektorze.  TAK |
| 6. | Województwo (dla siedziby) |  |
| 7. | Powiat |  |
| 8. | Gmina |  |
| 9. | Miejscowość |  |
| 10. | Ulica |  |
| 11. | Nr budynku |  |
| 12. | Nr lokalu |  |
| 13. | Kod pocztowy |  |
| 14. | Telefon kontaktowy |  |
| 15. | Adres e-mail |  |
| 16. | Czy wsparciem zostali objęci pracownicy instytucji | TAK  NIE |

Oświadczam, że wydelegowane przeze mnie osoby przewidziane do objęcia wsparciem to pracownicy w rozumieniu definicji pracownika określonej w § 1 pkt. 12 Regulaminu Rekrutacji spełniający wymagania potencjalnych uczestników usług rozwojowych określonych dla danej usługi zawartych w Rekomendacji RS stanowiącej załącznik nr 2a, 2b, 2c do Regulaminu.

W przypadku korzystania ze wsparcia w ramach innych sektorów zobowiązuję się do wydelegowania różnych osób (pesele). Jeżeli do wsparcia wydeleguję te same osoby, uczestnictwo tych osób będzie niekwalifikowalne.

Oświadczam, że dane podane w Formularzu danych są zgodne z prawdą.

Ja, niżej podpisany/-a, jestem świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | ……………………………………………............................... |
| MIEJSCOWOŚĆ I DATA | CZYTELNY PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO REPREZENTOWANIA PRZEDSIĘBIORSTWA ZGODNIE Z DOKUMENTEM REJESTROWYM |

1. Należy wpisać klasę działalności, w związku z którą przedsiębiorstwo ubiega się o pomoc de minimis, zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2004 roku w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. nr 251, poz. 1885 oraz z 2009 r. nr 59, poz. 489) [↑](#footnote-ref-2)