**Załącznik nr 2a do Umowy wsparcia w projekcie Przepis na Menedżera**

**i zadania anty-covidowe dla sektorów: chemicznego, usług rozwojowych i motoryzacyjnego**

**(Zadania COVID-19)**

**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. | Sektor | CHEMICZNY  USŁUG ROZWOJOWYCH  MOTORYZACYJNY |
| 6. | Kod PKD[[1]](#footnote-1)………………………………………… | 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 **czynną działalność** w sektorze. **Załącznikiem są dokumenty potwierdzające.**  TAK |
| 7. | Województwo (dla siedziby) |  |
| 8. | Powiat |  |
| 9. | Gmina |  |
| 10. | Miejscowość |  |
| 11. | Ulica |  |
| 12. | Nr budynku |  |
| 13. | Nr lokalu |  |
| 14. | Kod pocztowy |  |
| 15. | Telefon kontaktowy |  |
| 16. | Adres e-mail |  |
| 17. | Czy wsparciem zostali objęci pracownicy instytucji | TAK  NIE |

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

Ja, niżej podpisana, 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-1)