



Projekt „INWENCJA II – Transfer wiedzy, technologii i innowacji wsparciem dla kluczowych specjalizacji świętokrzyskiej gospodarki i konkurencyjności przedsiębiorstw” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE(wypełnia organizator)**

NUMER ZGŁOSZENIA

DATA WPŁYWU I PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ

**DOTYCZY SZKOLENIA:**

- Projekt graficzny jako metoda kodowania informacji i zarządzania treścią
- Wykorzystanie nowoczesnych metod analitycznych w chemii, biotechnologii i ochronie środowiska
- Opracowanie i wdrożenie księgi znaku w firmie

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PRZEDSIĘBIORSTWA DO PROJEKTU**

**1. DANE PODSTAWOWE**

Nazwa przedsiębiorstwa.....

NIP.....

REGON.....

Wielkość przedsiębiorstwa\*:

- samozatrudnienie - osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą (nie zatrudniająca pracowników)
- mikro przedsiębiorstwo (zatrudniające od 2 do 9 pracowników)
- małe przedsiębiorstwo (zatrudniające od 10 do 49 pracowników)
- średnie przedsiębiorstwo (zatrudniające od 50 do 249 pracowników)
- duże przedsiębiorstwo

KWALIFIKATOR MSP DOSTĘPNY JEST NA STRONIE INTERNETOWEJ: <http://www.parp.gov.pl/index/index/72>

**BRANŻA PRZEDSIĘBIORSTWA** /dotyczy jeśli firma działa w wymienionych branżach/

Zgodnie z kluczowymi specjalizacjami Woj. Świętokrzyskiego i strategii opracowanych w projekcie KREĞI (dokument „Innowacyjne specjalizacje województwa świętokrzyskiego”).

**Branża podlega weryfikacji w procesie rekrutacji. Branża zgodna z wykazem jest branżą preferowaną.**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> efektywne wykorzystanie energii | <input type="checkbox"/> transfer wiedzy    | <input type="checkbox"/> biologia/biotechnologia |
| <input type="checkbox"/> turystyka medyczna              | <input type="checkbox"/> wzornictwo         | <input type="checkbox"/> chemia                  |
| <input type="checkbox"/> branża targowo-kongresowa       | <input type="checkbox"/> ochrona środowiska | <input type="checkbox"/> inna /jaka .....        |

Polska Klasyfikacja Działalności (PKD)\*\*.....

\*) za mikroprzedsiębiorcę, małego lub średniego przedsiębiorcę uznaje się przedsiębiorcę w rozumieniu przepisów art.4 ust.1 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2010r.220.1447 j.t., ze zm.) oraz spełniającego warunki określone w załączniku I do Rozporządzenia Komisji (WE) nr 364/2004 z dn. 25 II 2004 r. zmieniającym Rozporządzenie Komisji (WE) nr 70/2001 i rozszerzające jego zakres w celu włączenia pomocy do badań i rozwoju (Dz. Urz. WE nr L 63 z 28 lutego 2004 oraz w Załączniku I do Rozporządzenia Komisji WE nr 70/2001 z dn. 12 stycznia 2001 w sprawie zastosowania art. 87 i 88 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy państwa dla małych i średnich przedsiębiorstw (Dz. Urz. WE nr L 10 z 13 stycznia 2001 r.) Kwalifikator MŚP zgodny z definicją zawartą w wyżej wymienionym rozporządzeniu znajduje się na stronie: <http://www.parp.gov.pl/index/index/72>. Zgodnie z założeniami projektu wsparciem mogą zostać objęte przedsiębiorstwa mikro, małe i średnie

\*\* ) Klasa działalności , w związku z którą Przedsiębiorca ubiega się o pomoc de minimis, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. nr 251, poz. 1885 oraz z 2009r. nr 59, poz.489).



Projekt „INWENCJA II – Transfer wiedzy, technologii i innowacji wsparciem dla kluczowych specjalizacji świętokrzyskiej gospodarki i konkurencyjności przedsiębiorstw” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## 2. ADRES SIEDZIBY GŁÓWNEJ PRZEDSIĘBIORSTWA

ulica..... nr budynku.....  
nr lokalu..... miejscowość.....  
kod pocztowy..... województwo.....  
powiat..... telefon/fax .....  
adres e-mail .....

## 3. ADRES JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ PRZEDSIĘBIORSTWA (jeśli adres siedziby głównej nie mieści się na terenie woj. świętokrzyskiego)

Delegatura  Filia  Oddział

ulica..... nr budynku.....  
nr lokalu..... miejscowość.....  
kod pocztowy..... województwo.....  
powiat.....

- obszar miejski (obszar położony w granicach administracyjnych miast)  
 obszar wiejski (obszar położony poza granicami administracyjnymi miast – obszar gmin wiejskich oraz część wiejska [leżąca poza miastem] gminy wiejsko-miejskiej)

telefon kontaktowy.....  
adres e-mail.....

## 4. CZY PRZEDSIĘBIORSTWO MA OBOWIĄZEK SPORZĄDZANIA ROCZNYCH SPRAWOZDAŃ FINANSOWYCH? (zgodnie z Ustawą o Rachunkowości)

- NIE jest zobowiązane do składania finansowych sprawozdań rocznych
- TAK jest zobowiązane do składania finansowych sprawozdań rocznych i tym samym dołącza kserokopie sprawozdań rocznych, potwierdzoną za zgodność z oryginałem, z trzech ostatnich lat obrotowych

## 5. CZY W OBECNYM ROKU KALENDARZOWYM ORAZ W CIĄGU 2 POPRZEDNICH LAT FIRMA OTRZYMAŁA POMOC DE MINIMIS? W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej należy wskazać wysokość otrzymanej pomocy de minimis oraz dołączyć kserokopie zaświadczeń o udzielonej pomocy lub decyzje w sprawie jej udzielenia.

- NIE
- TAK (w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK proszę dodatkowo wypełnić poniższą tabelę)



Projekt „INWENCJA II – Transfer wiedzy, technologii i innowacji wsparciem dla kluczowych specjalizacji świętokrzyskiej gospodarki i konkurencyjności przedsiębiorstw”  
współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**OŚWIADCZENIE O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS**

*/wypełnić jeśli w pkt. 5 zaznaczono odpowiedź „TAK”/*

Lp.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna	Dzień udzielenia pomocy	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy	Wartość pomocy w euro
1.					
2.					
3.					
<b>RAZEM OTRZYMANA POMOC DE MINIMIS</b>					
<i>Upředzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań, w związku z przepisem art. 75 § 2 kodeksu postępowania administracyjnego potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność i prawdziwość informacji.</i>					

Oświadczam, że oddelegowuję niżej wymienione osoby do udziału w szkoleniach realizowanych w ramach Projektu, oraz osoby te spełniają wszystkie warunki uczestnictwa określone dla Uczestników Projektu, zawarte w § 2 Regulamin szkoleń praktycznych dla pracowników przedsiębiorstw w ramach projektu „INWENCJA II – Transfer wiedzy, technologii i innowacji wsparciem dla kluczowych specjalizacji świętokrzyskiej gospodarki i konkurencyjności przedsiębiorstw”

**LISTA PRACOWNIKÓW DELEGOWANYCH NA SZKOLENIE  
(UZUPEŁNIĆ RÓWNIEŻ W PRZYPADKU OSOBY SAMOZATRUDNIONEJ)**

Lp.	Imię i nazwisko	Tytuł szkolenia
1		
2		

**Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że:**

- zostałem/am upředzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje podane w niniejszym formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
- zapoznałem/am się z zasadami udziału w niniejszym projekcie zawartymi w Regulaminie szkoleń praktycznych dla pracowników przedsiębiorstw w ramach projektu „INWENCJA II – Transfer wiedzy, technologii i innowacji wsparciem dla kluczowych specjalizacji świętokrzyskiej gospodarki i konkurencyjności przedsiębiorstw”, oraz akceptuję jego zapisy.
- zostałem/am poinformowany/a, że Projekt ten jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- przyjmuję do wiadomości, że wszystkie dokumenty związane z uczestnictwem w projekcie przekazane do Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach/Świętokrzyskiego Centrum Innowacji i Transferu Technologii Sp. z o.o., stają się ich własnością i nie mam prawa żądać ich zwrotu.
- poinformowany o przysługujących mi prawach wynikających z art. 32-35 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r., Nr 101, poz. 926 j.t., ze zm.) wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oraz wizerunku (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r., Nr 101, poz. 926 j.t., ze zm.), do celów związanych z realizacją i promocją niniejszego projektu. – dotyczy przypadku jeśli przedsiębiorcą jest osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą.

Projekt realizowany na podstawie umowy nr UDA-POKL.08.02.01-26-005/12-00  
ze Świętokrzyskim Biurem Rozwoju Regionalnego w Kielcach

Partner Projektu

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Ul. Żeromskiego 5, 25-369 Kielce

tel. 41 / 349 73 34, fax: 41 / 349 73 35-, www.ujk.edu.pl



---

Projekt „INWENCJA II – Transfer wiedzy, technologii i innowacji wsparciem dla  
kluczowych specjalizacji świętokrzyskiej gospodarki i konkurencyjności przedsiębiorstw”  
współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

---

6. Reprezentowane przeze mnie przedsiębiorstwo oraz delegowani pracownicy spełniają kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w Projekcie, tj. określone w § 3 Regulaminie szkoleń praktycznych dla pracowników przedsiębiorstw w ramach projektu „INWENCJA II – Transfer wiedzy, technologii i innowacji wsparciem dla kluczowych specjalizacji świętokrzyskiej gospodarki i konkurencyjności przedsiębiorstw”.
7. Reprezentowane przeze mnie przedsiębiorstwo posiada siedzibę, oddział lub filię i prowadzi działalność gospodarczą na terenie województwa świętokrzyskiego.
8. Zobowiązuję się i wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych przeprowadzanych na rozpoczęcie i na zakończenie szkolenia.
9. Nasze przedsiębiorstwo jest uprawnione do korzystania z pomocy de minimis.
10. Przedsiębiorstwo nie pozostaje w trudnej sytuacji ekonomicznej zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (WE) nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008 r. uznającym niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu WE (ogólne rozporządzenie w sprawie wyłączeń blokowych),
11. Przedsiębiorstwo nie prowadzi działalności w sektorze wykluczonym z możliwości uzyskania pomocy publicznej (Rozporządzenie Komisji (WE) nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu WE (ogólne rozporządzenie w sprawie wyłączeń blokowych),
12. Przedsiębiorstwo nie jest podmiotem, na którym ciąży obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz wspólnym rynkiem (Ustawa z dn. 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej Dz. U. z 2007r., Nr 59, poz. 404).

Miejscowość, data

Pieczęć przedsiębiorstwa

Podpis osoby uprawnionej do  
reprezentowania przedsiębiorstwa

.....

.....

.....