

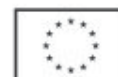


FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PODMIOTU W PROJEKCIE „ROZKRĘCAMY SPOŁECZNY BIZNES”

Nr umowy RPLB.07.06.01-08-0001/16-00

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020, Oś Priorytetowa 7. Równowaga Społeczna,
Działanie 7.6. Wsparcie dla OWES i ROPS we wzmacnianiu sektora ekonomii społecznej,
Poddziałanie 7.6.1 Wsparcie rozwoju ES poprzez działania ośrodków wsparcia ekonomii społecznej

Lp.	Nazwa	DANE PODSTAWOWE
1.	Pełna nazwa	
2.	NIP	
3.	NUMER KRS lub nazwa i numer z innej ewidencji	
4.	Typ instytucji	<input type="checkbox"/> Instytut naukowo-badawczy <input type="checkbox"/> Jednostka administracji rządowej <input type="checkbox"/> Jednostka samorządu terytorialnego <input type="checkbox"/> Uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni <input type="checkbox"/> Inna (jaka?) <input type="checkbox"/> Instytucja rynku pracy <input type="checkbox"/> Organizacja pracodawców <input type="checkbox"/> Szkoła <input type="checkbox"/> Organizacja pozarządowa
5.	Podmiot ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/> Przedsiębiorstwo społeczne <input type="checkbox"/> Podmiot sfery gospodarczej <input type="checkbox"/> Podmiot działający w sferze pożytku publicznego <input type="checkbox"/> Podmiot integracyjny (CIS, KIS, ZAZ, WTZ) <input type="checkbox"/> inne (jaki?)
6.	Przedsiębiorstwo	<input type="checkbox"/> mikro przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> średnie przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> małe przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> duże przedsiębiorstwo
DANE KONTAKTOWE		
7.	Kraj	
8.	Województwo	<input type="checkbox"/> Lubuskie
9.	Powiat	<input type="checkbox"/> m. Zielona Góra <input type="checkbox"/> zielonogórski <input type="checkbox"/> krośnieński <input type="checkbox"/> słubicki <input type="checkbox"/> sulęciński <input type="checkbox"/> wschowski <input type="checkbox"/> żarski <input type="checkbox"/> inny: (jaki?)
10.	Gmina	
11.	Miejscowość, kod poczt	
12.	Adres (ulica, numer budynku/lokalu)	
13.	Telefon kontaktowy	
14.	Adres e-mail	
15.	Adres www	
16.	Osoby upoważnione do reprezentowania	
17.	Preferowana forma wsparcia	<input type="checkbox"/> działania inkubacyjne <input type="checkbox"/> dotacje na utworzenie miejsca pracy w przedsiębiorstwie społecznym <input type="checkbox"/> usługi biznesowe





.....
Pieczęć instytucji

W imieniu instytucji
(pełna nazwa instytucji)

Ja niżej podpisany/a.....
(imię i nazwisko)

Pouczony i świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:

Oświadczam, że wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wyrażam zgodę na przekazywanie do instytucji, którą reprezentuję, informacji drogą elektroniczną (poczta email) oraz drogą telefoniczną.

Wyrażamy zgodę na przechowywanie i przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgłoszeniowym dla potrzeb niezbędnych dla realizacji procesu rekrutacji i działalności OWES, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016 r. poz. 922).

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ DO REPREZENTOWANIA

