



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PODMIOTU W PROJEKCIE „ROZKRĘCAMY SPOŁECZNY BIZNES!”**

Nr umowy RPLB.07.06.01-08-0001/18-00

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO Lubuskie 2020

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	
	REGON	
4.	Typ instytucji	<input type="checkbox"/> Podmiot ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> Jednostka samorządu terytorialnego <input type="checkbox"/> Organizacja pozarządowa <input type="checkbox"/> Jednostka administracji rządowej <input type="checkbox"/> Placówka systemu oświaty <input type="checkbox"/> Instytut naukowo-badawczy <input type="checkbox"/> Podmiot wykonujący działalność leczniczą <input type="checkbox"/> Organizacja pracodawców <input type="checkbox"/> Instytucja rynku pracy <input type="checkbox"/> Przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> Szkoła <input type="checkbox"/> Uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni <input type="checkbox"/> Związek zawodowy <input type="checkbox"/> Inna (jaka?) .....
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 (jakie?) .....
6.	Przedsiębiorstwo	<input type="checkbox"/> mikro przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> średnie przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> małe przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> duże przedsiębiorstwo
DANE KONTAKTOWE PODMIOTU		
7.	Kraj	Polska
8.	Województwo	<input type="checkbox"/> Lubuskie
9.	Powiat	<input type="checkbox"/> m. Zielona Góra <input type="checkbox"/> ślubicki <input type="checkbox"/> żarski <input type="checkbox"/> zielonogórski <input type="checkbox"/> sulęciński <input type="checkbox"/> inny: (jaki?) ..... <input type="checkbox"/> krośnieński <input type="checkbox"/> wschowski
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"/> usługi biznesowe <input type="checkbox"/> dotacje na utworzenie miejsca pracy w przedsiębiorstwie społecznym





W imieniu podmiotu .....  
(pełna nazwa)

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.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości przekazania i upubliczniania w/w danych podmiotu na stronie OWES, ROPS, MRPiPS oraz innych podmiotów w związku z procesem monitoringu i ewaluacji działalności OWES.

Wyrażam zgodę na przekazywanie do podmiotu, 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, ewaluacji, monitoringu i działalności OWES, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE. L.2016.119.1).

.....  
**MIEJSCOWOŚĆ I DATA**

.....  
**CZYTELNY PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ DO REPREZENTOWANIA**

