**Załącznik nr 4 do Umowy wsparcia**

Dane Beneficjentów ostatecznych – uczestników instytucjonalnych (w tym osób fizycznych, prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Kraj | Polska | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Nazwa instytucji |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | NIP |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 4 | REGON |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 5 | KRS |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Typ instytucji | **Przedsiębiorstwo**  w tym: mikro małe  średnie  **Inne (jakie?)** ………………………………………………………... | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Województwo | Wielkopolskie | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Powiat | obornicki poznański szamotulski średzki śremski | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Gmina |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Miejscowość |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Ulica |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Nr budynku |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Nr lokalu |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Kod pocztowy |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Dane adresowe przedsiębiorstwa wskazane w pkt 7-14 dotyczą: | siedziby oddziału filii | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | Telefon kontaktowy |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | Adres e-mail |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | Data rozpoczęcia udziału w Projekcie (data podpisania umowy wsparcia) ***wypełnia Operator*** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | Czy wsparciem zostali objęci pracownicy instytucji | X TAK  NIE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | Rodzaj wnioskowanego wsparcia | usługa szkoleniowa  usługa doradcza  w tym: doradztwo coaching mentoring  studia podyplomowe | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | Osoba reprezentująca podmiot  (imię, nazwisko, stanowisko) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | Nr rachunku bankowego przedsiębiorstwa (na które zostanie przelana refundacja środków) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | przedsiębiorstwo działa w branży o największym potencjale rozwojowym lub branży strategicznej dla danego regionu | TAK  NIE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | Przedsiębiorstwo działa na terenie miasta średniego, w tym w szczególności miasta średniego tracącego funkcje społeczno-gospodarcze | TAK  NIE | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość, data |  | CZYTELNY PODPIS OSOBY REPREZENTUJĄCEJ PODMIOT | |

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie**

Pouczony/-a i świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

1. W imieniu Instytucji, którą reprezentuję, wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „NASTAW SIĘ NA ROZWÓJ – oferta rozwoju kwalifikacji i kompetencji MŚP z podregionu poznańskiego i ich pracowników” realizowanym w ramach WRPO 2014-2020, Oś priorytetowa 6: Rynek Pracy, Działanie 6.5: Doskonalenie kompetencji osób pracujących i wsparcie procesów adaptacyjnych przez Stowarzyszenie Na Rzecz Spółdzielni Socjalnych w okresie od 01.01.2020 r. do 30.09.2023 r.
2. Uprzedzony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu „Dane Beneficjentów ostatecznych – uczestników instytucjonalnych” są zgodne ze stanem faktycznym.
3. Zapoznałem/am się z Regulaminem projektu i akceptuję jego postanowienia.
4. Oświadczam, iż instytucja, którą reprezentuję spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.
5. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt „NASTAW SIĘ NA ROZWÓJ – oferta rozwoju kwalifikacji i kompetencji MŚP z podregionu poznańskiego i ich pracowników” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
6. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z realizacją projektu drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (pocztą e-mail).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość, data |  | CZYTELNY PODPIS OSOBY REPREZENTUJĄCEJ PODMIOT | |