**Załącznik nr 2**

**Formularz rekrutacyjny**

**do Inkubatora Przedsiębiorczości w ramach projektu pt. STARTER WiM**

**CZĘŚĆ 1 – INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**

* 1. **Dane Wnioskodawcy.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Wnioskodawcy**  (zgodnie z dokumentem rejestrowym CEiDG lub KRS) |  | **Imię i Nazwisko** |  |
| **NIP:** |  | **REGON:** |  |
| **Adres** |  | **Nr telefonu i fax (o ile dotyczy):** |  |
| **Adres poczty elektronicznej i strony www** |  | | |
| **Główna siedziba prowadzenia działalności gospodarczej**  (zgodnie z dokumentem rejestrowym CEiDG lub KRS) | **Województwo** |  | |
| **Kod/miejscowość** |  | |
| **Ulica, nr budynku, nr lokalu** |  | |
| **Dane osoby do kontaktów:** | | | |
| **Imię i Nazwisko** |  | | |
| **Telefon do kontaktu** |  | **E-mail do kontaktu** |  |

* 1. **Przedsiębiorca działający na rynku nie dłużej niż 3 lata.****[[1]](#footnote-1)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy przedsiębiorstwo znajduje się w początkowej fazie rozwoju** (tj. funkcjonuje na rynku nie dłużej niż 3 lata | * TAK * NIE |
| **Data rejestracji działalności gospodarczej**  (zgodnie z dokumentem rejestrowym CEiDG lub KRS) |  |
| **Forma prawna działalności gospodarczej** | * Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą * Inna forma prawna (jaka?) ………………………………… |
| **Status przedsiębiorstwa**  (na dzień złożenia formularza zgłoszeniowego) | * Działalność aktywna * Działalność zawieszona * Przedsiębiorstwo w likwidacji * Przedsiębiorstwo w stanie upadłości |
| **Czy przedsiębiorca korzysta lub korzystało z pomocy de minimis** | * TAK (w przypadku zaznaczenia ,,TAK’’ przed podpisaniem umowy inkubacji należy wypełnić i   dostarczyć Oświadczenie dotyczące otrzymanej pomocy de minimis)     * NIE |
| **Wnioskuję o udzielenie pomocy de minimis** | * TAK (w przypadku zaznaczenia ,,TAK’’ przed podpisaniem umowy inkubacji należy wypełnić i   dostarczyć Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis)   * NIE |

**Oświadczam, że w rozumieniu przepisów załącznika nr 1 do rozporządzenia /komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r., przedsiębiorstwo, które reprezentuję jest:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj przedsiębiorstwa**  (proszę zaznaczyć właściwe) | * **MIKRO** | * **MAŁE** | * **ŚREDNIE** |
| Liczba pracowników < 10 osób  Suma bilansowa aktywów ≤ 2 mln EUR  Roczny obrót ≤ 2 mln EUR | Liczba pracowników < 50 osób  Suma bilansowa aktywów ≤ 10 mln EUR  Roczny obrót ≤ 10 mln EUR | Liczba pracowników < 250 osób  Suma bilansowa aktywów ≤ 43 mln EUR  Roczny obrót ≤ 50 mln EUR |
| **Typ przedsiębiorstwa** | * Niezależne (samodzielne) | * partnerskie | * powiązane |
| **Przedsiębiorstwo niezależne:** nie posiada udziałów w innych przedsiębiorstwach, a inne przedsiębiorstwa nie posiadają w nim udziałów; posiada poniżej 25 % kapitału lub głosów (w zależności która z tych wielkości jest większa) w jednym lub kilku przedsiębiorstwach, a/lub inne przedsiębiorstwa posiadają poniżej 25% kapitału lub głosów (w zależności, która z tych wielkości jest większa) w tym przedsiębiorstwie.  **Przedsiębiorstwo partnerskie** to wszystkie przedsiębiorstwa, które nie zostały zakwalifikowane jako przedsiębiorstwa powiązane w rozumieniu art. 3 ust. 3 Zał. nr 1 Roz. Komisji (UE) nr 651/2014 i między którymi istnieją następujące związki: przedsiębiorstwo wyższego szczebla posiada, samodzielnie lub wspólnie z co najmniej jednym przedsiębiorstwem powiązanym w rozumieniu ust. 3, co najmniej 25 % kapitału innego przedsiębiorstwa niższego szczebla lub praw głosu w takim przedsiębiorstwie.  **Przedsiębiorstwa powiązane** oznaczają przedsiębiorstwa, które pozostają w jednym z związków: przedsiębiorstwo ma większość praw głosu w innym przedsiębiorstwie w roli udziałowca/akcjonariusza lub członka; lub przedsiębiorstwo ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innego przedsiębiorstwa; lub przedsiębiorstwo ma prawo wywierać dominujący wpływ na inne przedsiębiorstwo na podstawie umowy zawartej z tym przedsiębiorstwem lub postanowień w jego statucie lub umowie spółki; lub przedsiębiorstwo będące udziałowcem/akcjonariuszem lub członkiem innego przedsiębiorstwa kontroluje samodzielnie, na mocy umowy z innymi udziałowcami/akcjonariuszami lub członkami tego przedsiębiorstwa, większość praw głosu udziałowców/akcjonariuszy lub członków w tym przedsiębiorstwie. | | | |

**CZĘŚĆ II – KONCEPCJA PRZEDSIĘWZIĘCIA**

1. **PREFERENCJE UDZIAŁU W PROJEKCIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czy Państwa przedsięwzięcie wpisuje się w jedną z preferowanych działalności? (właściwe zaznaczyć „X”).** | | | | |
|  | **Tak** | **Nie** |  | |
| **Czy przedsiębiorstwo powstało dzięki wsparciu ze środków RPO 2014-2020, bądź innych programów operacyjnych na lata 2014-2020** |  |  | Jeżeli tak, proszę o wskazanie działania/poddziałania | |
|  | |
| **Czy przedsiębiorstwo prowadzi działalność o charakterze innowacyjnym** |  |  | Jeżeli tak, proszę o uzupełnienie | |
| * Innowacja produktowa | * Innowacja na skalę regionalną * Innowacja na skalę ogólnopolską * Innowacja na skalę międzynarodową |
| * Innowacja procesowa | * Innowacja na skalę regionalną * Innowacja na skalę ogólnopolską * Innowacja na skalę międzynarodową |
| **Czy przedsiębiorstwo działa w branżach średnio-wysokiej i wysokiej techniki (zgodnie z klasyfikacją OECD)** |  |  |  | |
| **Czy przedsiębiorstwo działa w branżach inteligentnych specjalizacji województwa warmińsko-mazurskiego, tj. ekonomia wody, żywność wysokiej jakości, drewno i meblarstwo** |  |  | **Proszę o podanie podstawowego kodu PKD prowadzonej działalności** | |
|  | |

|  |
| --- |
| * + 1. **Proszę opisać w jaki sposób Państwa przedsięwzięcie wpisuje się w wymienione w pkt. 2.1. dziedziny. (max. 1000 znaków)** |
|  |

**2.3 OGRANICZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy kiedykolwiek jako osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą czy też spółka prawa handlowego Pani/Pana firma korzystała z usług inkubowania poprzez udział w przedsięwzięciach dofinansowanych w ramach poddziałania 1.3.1. Inkubowanie przedsiębiorstw, Regionalnego Programu Operacyjnego woj. warmińsko – mazurskiego na lata 2014-2020 | * TAK * NIE |
| Czy w reprezentowanej przez Panią/Pana spółce wspólnikiem lub partnerem lub właścicielem udziałów lub właścicielem akcji jest osoba, która korzystała już z usług inkubowania dofinansowanych w ramach poddziałania 1.3.1 Inkubowanie przedsiębiorstw, Regionalnego Programu Operacyjnego woj. warmińsko – mazurskiego na lata 2014-2020 jako osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą lub/i spółka, co do której ustalono, że jest faktycznie zależna od w/w osoby, także w sposób inny niż wymieniony | * TAK * NIE |
| Czy w przedsiębiorstwie znajduje się wniesione aportem inne przedsiębiorstwo, które już korzystało z usług inkubowania poprzez udział w innych przedsięwzięciach dofinansowanych w ramach poddziałania 1.3.1 Inkubowanie przedsiębiorstw, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko – mazurskiego na lata 2014-2020? | * TAK * NIE |

Oświadczam/-y, że:

1. wszystkie informacje podane w Formularzu zgłoszeniowym i dodatkowych dokumentach (o ile dotyczy) są prawdziwe, kompletne i w pełni odzwierciedlają sytuację prawną, finansową i gospodarczą oraz są zgodne ze stanem faktycznym, a oświadczenie powyższe składam/-y świadomy/-i odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego
2. zobowiązuję się do dostarczenia do ESWIP i/lub Ad Rem sp. z o.o. dodatkowych wyjaśnień, dokumentów (informacji) niezbędnych w trakcie weryfikowania przedsiębiorstwa i udzielonego wsparcia
3. wyrażam zgodę na weryfikację danych zawartych we wszystkich złożonych dokumentach na każdym etapie realizacji projektu oraz na poddawanie się kontroli, ewaluacji i monitoringowi udzielonego wsparcia, na uczestnictwo w wszelkich kontrolach, badaniach, przeprowadzanych przez ESWIP lub podmiot przez nie wskazany oraz inne uprawnione instytucje
4. wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o przedsięwzięciach podejmowanych przez ESWIP i Ad Rem sp. z.o.o drogą elektroniczną na podane konto e-mail w rozumieniu art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną
5. zapoznałem/am się z treścią Regulaminu świadczenia usług inkubowania (dostępnego na stronie internetowej) rozumiem go i w pełni akceptuję oraz zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień w trakcie korzystania z usług inkubowania
6. zostałam/-em poinformowana/-y, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego
7. Przedsiębiorstwo, które reprezentuję nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz nie zalega z opłacaniem podatków i opłat do Urzędu Skarbowego oraz innych opłat cywilno-prawnych
8. Przedsiębiorstwo, które reprezentuję w ciągu bieżącego roku i dwóch poprzedzających latach podatkowych nie otrzymało pomocy de minimis w kwocie wyższej niż – 200 tyś EURO, a w przypadku przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie drogowego transportu towarów – kwoty 100 tyś EURO
9. Przedsiębiorstwo, nie należy do sektora górnictwa węgla, nie prowadzi działalności w sektorze rybołówstwa i akwakultury w rozumieniu rozporządzenia Rady (WE) nr 104/2000 z dnia 17 grudnia 1999 r. w sprawie wspólnej organizacji rynków produktów rybołówstwa i akwakultury oraz nie prowadzi działalności związanej z produkcją pierwotną produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (Dz. Urz. UE C 321E z 29.12.2006, str. 37)
10. Przedsiębiorstwo nie pozostaje w stanie upadłości, pod zarządem komisarycznym i nie znajduje się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego lub postępowania układowego z wierzycielami oraz nie jest w trudnej sytuacji, w rozumieniu pkt 20 Wytycznych dotyczących pomocy państwa na ratowanie i restrukturyzację przedsiębiorstw niefinansowych znajdujących się w trudnej sytuacji (Dz. Urz. EU C 249/1 z 31.07.2014 r.)
11. nie ciąży na mnie/na reprezentowanym przeze mnie przedsiębiorstwie obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz ze wspólnym rynkiem
12. Przedsiębiorca nie podlega wykluczeniu z możliwości dostępu do środków publicznych na podstawie przepisów prawa (dotyczy również osób reprezentujących MŚP) oraz stosownie do Rozporządzenia Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.)
13. nie zostałem prawomocnie skazany za przestępstwo składania fałszywych zeznań, przekupstwa, przestępstwa przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotowi pieniężnemu i papierami wartościowymi, obrotowi gospodarczemu, systemowi bankowemu, przestępstwa skarbowe albo inne związane z wykonywaniem działalności gospodarczej lub popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych
14. nie został prawomocnie skazany którykolwiek z członków organów zarządzających bądź wspólników przedsiębiorstwa, które reprezentuję, za przestępstwa składania fałszywych zeznań, przekupstwa, przestępstwa przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotowi pieniężnemu i papierami wartościowymi, obrotowi gospodarczemu, systemowi bankowemu, przestępstwo skarbowe albo inne związane z wykonywaniem działalności gospodarczej lub popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
15. Zobowiązuję się do stosowania „Regulaminu świadczenia usług inkubowania Starter WiM” oraz przestrzegania pozostałych obowiązków wynikających z dokumentów zamieszczonych na stronie internetowej [www.adrem.elblag.pl](http://www.adrem.elblag.pl)

**Klauza informacyjna**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Elbląskie Stowarzyszenie Wspierania Inicjatyw Pozarządowych z siedzibą ul. Związku Jaszczurczego 17, 82-300 Elbląg
2. Pani/Pana dane osobowe podane w niniejszym dokumencie przetwarzane będą w celu informacji, promocji, rekrutacji, realizacji zobowiązań wynikających z zawartych umów, realizacji projektów współfinansowanych ze środków unijnych oraz dochodzenia roszczeń i monitorowania prawidłowości wykonywania zobowiązań.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące w procesie informacji, promocji, rekrutacji, realizacji zobowiązań wynikających z zawartych umów, realizacji projektów współfinansowanych ze środków unijnych oraz dochodzenia roszczeń i monitorowania prawidłowości wykonywania zobowiązań.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane w celu informacji i promocji będą przechowywane do czasu zakończenia projektu, nie krócej niż rok od czasu zakończenia projektu.
5. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane w celu rekrutacji, realizacji zobowiązań wynikających z zawartych umów, realizacji projektów współfinansowanych ze środków unijnych oraz dochodzenia roszczeń i monitorowania prawidłowości wykonywania zobowiązań będą przechowywane przez okres 10 lat liczone od dnia zakończenia realizacji projektu jednak nie dłużej niż do czasu akceptacji przez Komisję Europejską sprawozdania końcowego z realizacji programów współfinansowanych ze środków unijnych.
6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji projektu i/lub udzielenia wsparcia w ramach projektu.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich poza obszar Unii Europejskiej.

**Załączniki**

1. Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego (zależności od formy prawnej),
2. Oświadczenie o spełnianiu kryteriów MŚP,
3. Oświadczenie o niezaleganiu w podatkach do US,
4. Oświadczenie o niezaleganiu w opłacaniu składek do ZUS.

**Podpis osoby upoważnionej**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko osoby:  Podpis: |

1. Wypełnić jeśli dotyczy. [↑](#footnote-ref-1)