**Formularz zgłoszeniowy**

**Konkurs dla podmiotów ekonomii społecznej**

**subregion centralny zachodni woj. śląskiego**

**Edycja 1/2019**

*Prosimy wypełnić na komputerze. W przypadku problemów technicznych – prosimy o kontakt mailowy pod adres* [*owes@rfpn.org*](mailto:owes@rfpn.org)

|  |
| --- |
| **Nazwa podmiotu** |
|  |
| **Adres siedziby podmiotu** |
|  |
| **Numer NIP, numer REGON podmiotu** |
|  |
| **Dane osoby do kontaktu (imię, nazwisko, telefon, email)** |
|  |
| **Rodzaj prowadzonej działalności:**  ☐ działalność nieodpłatna pożytku publicznego (statutowa)  ☐ działalność odpłatna pożytku publicznego (statutowa)  ☐ działalność gospodarcza |
| **Charakterystyka podmiotu (max. 2000 znaków)**  *Data powstania, czy PES prowadzi działalność odpłatną statutową/działalność gospodarczą, główne obszary działalności, rodzaj działalności, cel, doświadczenie, wielkość zatrudnienia.* |
|  |
| **Główne problemy, które pojawiają się w prowadzeniu działalności PES:** *problemy wewnętrzne, problemy zewnętrzne (max 1000 znaków).* |
|  |
| **Podejmowane działania promocyjne PES** *w ciągu ostatnich 2 lat i ocena ich efektów (max 500 znaków).* |
|  |
| **Plany rozwoju działalności społecznej i ekonomicznej PES,** *ze szczególnym uwzględnieniem prowadzonej lub planowanej działalności odpłatnej i działalności gospodarczej (max 1000 znaków).* |
|  |
| **Potrzeby promocyjne podmiotu,** *rodzaj narzędzi promocyjnych, ich zastosowanie, zakładany wpływ na działalność podmiotu (max. 1000 znaków).* |
|  |

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w tym formularzu zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018 poz. 1000) przez Regionalną Fundację Pomocy Niewidomym do celów działań związanych przeprowadzeniem konkursu dot. przyznania pakietów marketingowych.***

………………………………………………………………………………………………………

*Data i podpis osoby wskazanej do kontaktu w niniejszym formularzu*

………………………………………………………………………………………………………

*Data i podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu*

***Oświadczam, iż jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 286 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat za przestępstwo oszustwa.***

………………………………………………………………………………………………………

*Data, podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu*

Oświadczam, że wartość otrzymanej przez podmiot pomocy de minimis w okresie ostatnich 3 lat (tj. w bieżącym roku budżetowym i w okresie ostatnich 2 lat budżetowych) poprzedzających dzień założenia formularza wyniosła: ……………………………………EUR; ………………………………………….. PLN

Słownie: ……………………………………EUR; …………………………………………… PLN

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*Data, podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu, pieczęć.*