

Lider projektu
Partner projektu

Biuro projektu: Fundacja „Merkury”
 ul. Beethovena 10, 58-300 Wałbrzych
 tel. 74 666 22 00, 74 666 22 05, faks 74 666 22 01,

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

| | |
|---|---|
| Tytuł projektu | „Zdalna Sprzedaż w podmiotach ekonomii społecznej” |
| Program operacyjny | Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój |
| Czas realizacji projektu | 1.10.2017 – 31.03.2018 |
| Projekt jest dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. | |

I. Dane podmiotu otrzymującego wsparcie

| |
|---|
| A. NAZWA PODMIOTU / ORGANIZACJI / INSTYTUCJI |
| |
| B. NIP: |
| C. TYP PODMIOTU / ORGANIZACJI / INSTYTUCJI <i>(właściwy typ proszę oznaczyć krzyżykiem)</i> |
| <input type="checkbox"/> Podmiot ekonomii społecznej - przedsiębiorstwa społeczne, w tym spółdzielnie socjalne |
| <input type="checkbox"/> Podmiot ekonomii społecznej - podmioty reintegracyjne (WTZ, ZAZ, CIS, KIS) |
| <input type="checkbox"/> Podmiot ekonomii społecznej - podmioty sfery gospodarczej - organizacje pozarządowe prowadzące działalność gospodarczą, z której zyski wspierają realizację celów statutowych, w tym działające w obszarze pomocy i integracji społecznej |
| <input type="checkbox"/> Podmiot ekonomii społecznej - podmioty sfery gospodarczej - spółdzielnie pracy, inwalidów, niewidomych |
| <input type="checkbox"/> Podmiot ekonomii społecznej - podmioty sfery gospodarczej - spółki non-profit, o ile udział sektora publicznego w spółce wynosi nie więcej niż 50% |
| <input type="checkbox"/> Podmiot ekonomii społecznej - organizacja pozarządowa prowadząca działalność odpłatną i/lub nieodpłatną pożytku publicznego i jednocześnie działa w obszarze pomocy i integracji społecznej |
| <input type="checkbox"/> Podmiot ekonomii społecznej - podmiot (osoby prawne i jednostki organizacyjne) działający na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w RR oraz o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych, który jednocześnie działa w sferze pożytku publicznego oraz w obszarze pomocy lub integracji społecznej |
| <input type="checkbox"/> Przedsiębiorstwo społeczne |
| <p><i>Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020 definiują m.in. następujące pojęcia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - podmiot ekonomii społecznej, rozdział 3 ust. 19 - przedsiębiorstwo społeczne, rozdział 3 ust. 26 - centrum integracji społecznej i klub integracji społecznej, rozdział 3 ust. 2 i 5 - ośrodek wsparcia ekonomii społecznej OWES, rozdział 3 ust. 17 |

Lider projektu
Partner projektu

Biuro projektu: Fundacja „Merkury”
 ul. Beethovena 10, 58-300 Wałbrzych
 tel. 74 666 22 00, 74 666 22 05, faks 74 666 22 01,

| D. DANE TELEADRESOWE | |
|---|--|
| KRAJ: | |
| WOJEWÓDZTWO: | |
| POWIAT: | |
| GMINA: | |
| MIEJSCOWOŚĆ: | |
| Ulica/ aleja/ plac: | |
| NR BUDYNKU: | |
| NR LOKALU: | |
| KOD POCZTOWY: | |
| NR TELEFONU PODMIOTU: | |
| ADRES E-MAIL: | |
| E. DOSTĘPNE FORMY WSPARCIA <i>(elementy/wydarzenia w ramach form wsparcia proszę oznaczyć krzyżykiem)</i> | |
| <input type="checkbox"/> warsztat produktowy/sprzedażowy | <input type="checkbox"/> analiza potrzeb pod względem zdalnej sprzedaży |
| <input type="checkbox"/> udział w procesie doradczym w zakresie opracowania modelu zdalnej sprzedaży | |
| <i>pieczęć podmiotu/organizacji/instytucji</i> | <i>data, podpis(y) osoby/osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu/organizacji/instytucji</i> |

II. Oświadczenia podmiotu/organizacji/ instytucji

1. W imieniu
 (nazwa podmiotu/przedsiębiorstwa wyrażam(y) chęć udziału w Projekcie „Zdalna Sprzedaż w podmiotach ekonomii społecznej”).
2. Oświadczam, że (imię/ imiona i nazwisko/nazwiska osoby/osób biorących udział w formach wsparcia)

| Imię i nazwisko osoby | Pełniona funkcja/zatrudnienie <i>(proszę podkreślić właściwy rodzaj przy imieniu i nazwisku osoby)</i> |
|------------------------------|---|
| | członek, członek zarządu, pracownik, wolontariusz |
| | członek, członek zarządu, pracownik, wolontariusz |
| | członek, członek zarządu, pracownik, wolontariusz |

jest/są to osoba(y) uczestnicząca(e) w formie wsparcia, jest/są: członkiem, członkiem zarządu, pracownikiem, wolontariuszem*(właściwe proszę podkreślić w powyższej tabeli)* reprezentowanego przeze mnie podmiotu/ przedsiębiorstwa.



Lider projektu

Partner projektu

Biuro projektu: Fundacja „Merkury”
ul. Beethovena 10, 58-300 Wałbrzych
tel. 74 666 22 00, 74 666 22 05, faks 74 666 22 01,

3. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 272 oraz art. 286 Kodeksu Karnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Oświadczam, iż dane przedstawione w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym oraz spełniają kryteria uprawniające do udziału w Projekcie.

| | |
|---|--|
| <i>pieczęć podmiotu/organizacji/institucji</i> | <i>miejsowość data</i> <i>data, podpis(y) osoby/osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu/organizacji/institucji</i> |
|---|--|

III. Zgoda na przetwarzanie danych (dane podmiotu/organizacji/institucji)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych w zakresie obejmującym:

Nazwę, NIP, typ, dane teleadresowe, e-mail oraz nr telefonu podmiotu/ organizacji/institucji przez Administratora Danych, którym jest:

1. Zakład Aktywności Zawodowej w Wałbrzychu z siedzibą w Wałbrzychu, ul. 1 Maja 112, Fundacja Merkury w Wałbrzychu z siedzibą ul. Beethovena 10- w odniesieniu do zbioru: „*Baza danych związanych z realizowaniem projektu w ramach PO WER*”.
2. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy Placu Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa - w odniesieniu do zbioru: „*Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych*”.

Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER

Wyrażam także zgodę na przekazywanie moich danych innym podmiotom (jeśli zachodzi taka potrzeba) w związku z realizacją ww. celu.

| | |
|---|--|
| <i>pieczęć podmiotu/organizacji/institucji</i> | <i>miejsowość data</i> <i>data, podpis(y) osoby/osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu/organizacji/institucji</i> |
|---|--|



Lider projektu
Partner projektu

Biuro projektu: Fundacja „Merkury”
 ul. Beethovena 10, 58-300 Wałbrzych
 tel. 74 666 22 00, 74 666 22 05, faks 74 666 22 01,

IV. Dane przedstawiciela podmiotu/ organizacji/ instytucji w formie wsparcia

| | |
|---|---|
| Imię i nazwisko | |
| Pelniona funkcja/stanowisko | |
| Telefon kontaktowy | |
| E-mail kontaktowy | |
| Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności <i>(proszę w odpowiednie miejsca wpisać jakie)</i> | <input type="checkbox"/> przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych |
| | <input type="checkbox"/> alternatywne formy materiałów, jakie |
| | <input type="checkbox"/> zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie |
| | <input type="checkbox"/> zapewnienie tłumacza języka migowego |
| | <input type="checkbox"/> specjalne wyżywienie, jakie |
| | <input type="checkbox"/> uwagi/inne: |
| Imię i nazwisko | |
| Pelniona funkcja/stanowisko | |
| Telefon kontaktowy | |
| E-mail kontaktowy | |
| Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności <i>(proszę w odpowiednie miejsca wpisać jakie)</i> | <input type="checkbox"/> przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych |
| | <input type="checkbox"/> alternatywne formy materiałów, jakie |
| | <input type="checkbox"/> zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie |
| | <input type="checkbox"/> zapewnienie tłumacza języka migowego |
| | <input type="checkbox"/> specjalne wyżywienie, jakie |
| | <input type="checkbox"/> uwagi/inne: |

V. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (dotyczy osoby/ osób uczestniczącej (ch) w formie wsparcia)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie obejmującym:

Imiona i nazwiska, miejsca zatrudnienia i stanowisko pracy, nr telefonu, adresu e-mail, informacje o specjalnych potrzebach wynikających z niepełnosprawności przez Administratora Danych, którym jest:
 1. Zakład Aktywności Zawodowej w Wałbrzychu z siedzibą w Wałbrzychu, ul. 1 Maja 112, Fundacja Merkury w Wałbrzychu z siedzibą ul. Beethovena 10 - w odniesieniu do zbioru: „Baza danych związanych z realizowaniem projektu w ramach PO WER”.



Lider projektu

Partner projektu

Biuro projektu: Fundacja „Merkury”
ul. Beethovena 10, 58-300 Wałbrzych
tel. 74 666 22 00, 74 666 22 05, faks 74 666 22 01,

2. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy Placu Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa
- w odniesieniu do zbioru: „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.

Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER

Wyrażam także zgodę na przekazywanie moich danych innym podmiotom (jeśli zachodzi taka potrzeba) w związku z realizacją ww. celu.

| | |
|----------------------------------|--|
| <i>miejsowość, dnia</i> | <i>podpis(y) osoby/osób uczestniczących w Projekcie</i> |
|----------------------------------|--|

VI. Zgoda na przetwarzanie i upowszechnienie wizerunku

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i upowszechnianie mojego wizerunku w materiałach powstałych w ramach Projektu, udzielam nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa Grantodawcy i Grantobiorca Projektu, a także Instytucjom Pośredniczącym i Zarządzającym POWER do wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Realizatora działalnością.

Wyrażam także zgodę na przekazywanie zdjęć z moim wizerunkiem innym podmiotom (jeśli zachodzi taka potrzeba) w związku z prawidłową realizacją Projektu.

| | |
|----------------------------------|--|
| <i>miejsowość, dnia</i> | <i>podpis(y) osoby/osób uczestniczących w Projekcie</i> |
|----------------------------------|--|

