

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej Obszaru Rybnickiego”**

	Nazwa	DANE INSTYTUCJI
Dane podstawowe	Nazwa instytucji	
	NIP	
	Typ instytucji	<input type="checkbox"/> <u>Przedsiębiorstwo</u> , w tym: <input type="checkbox"/> mikro <input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> duże <input type="checkbox"/> <u>Podmiot ekonomii społecznej</u> , w tym: <input type="checkbox"/> przedsiębiorstwo społeczne <input type="checkbox"/> podmiot reintegracyjny (WTZ, ZAZ, CIS, KIS) <input type="checkbox"/> organizacja pozarządowa <input type="checkbox"/> spółdzielnia socjalna <input type="checkbox"/> spółdzielnia produkcji rolnej <input type="checkbox"/> spółdzielnia pracy, w tym spółdzielnia inwalidów i spółdz. niewidomych <input type="checkbox"/> inne - <i>jaki?</i> <input type="checkbox"/> <u>Instytucja rynku pracy</u> <input type="checkbox"/> <u>Jednostka samorządu terytorialnego</u> (bez szkół i placówek systemu oświaty) <input type="checkbox"/> <u>Szkoła lub placówka systemu oświaty</u> <input type="checkbox"/> <u>Inny podmiot - jaki?</u>
Dane teleadresowe	Miejscowość	
	Ulica	
	Numer budynku	
	Numer lokalu	
	Kod pocztowy	
	Tel. kontaktowy	
	Adres e-mail	
	Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji tel./e-mail	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Ja niżej podpisany/a, pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu.

.....
Data
Czytelne podpisy osób upoważnionych do reprezentacji

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Działając w imieniu wyżej wymienionego podmiotu, wyrażam/y wolę uczestnictwa w projekcie „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej Obszaru Rybnickiego”, realizowanym przez Centrum Rozwoju Inicjatyw Społecznych CRIS i Miasto Żory – Żorskie Centrum Organizacji Pozarządowych, współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027. Oświadczam/y, że znane są mi/nam zapisy Regulaminu ww. projektu, akceptuję/akceptujemy jego postanowienia, w tym warunki uczestnictwa w projekcie oraz oświadczam/y, że podmiot, który reprezentuję/my spełnia kryteria kwalifikacyjne uprawniające do udziału w ww. projekcie.

.....
Data
Czytelne podpisy osób upoważnionych do reprezentacji





INDYWIDUALNA DIAGNOZA POTRZEB

Jakiego rodzaju wsparcia potrzebuje podmiot:

- Usługa animacyjna
- Usługa edukacyjna w zakresie ekonomii społecznej
- Usługa doradztwa kluczowego
- Usługa szkoleniowa
- Usługa doradztwa biznesowego
- Usługa doradcza w zakresie społecznie odpowiedzialnych zamówień
- Usługa doradztwa specjalistycznego
- Usługa promocji produktów i usług PES/PS
- Pakiet rozwojowy dla ekonomizujących się PES
- Usługa specjalistyczna dla PES/PS
- Usługa reintegracji społecznej lub/i zawodowej
- Wsparcie finansowe na utworzenie lub utrzymanie miejsca pracy w przedsiębiorstwie społecznym
- Inne – *jakie?*.....

.....
Podpis pracownika OWES

