

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PODMIOTU - UCZESTNIKA PROJEKTU**  
**Lokalna Grupa Działania „Region Włoszczowski” – Projekt pn. „Podaj rękę NGO’som”**

Dane podstawowe	
1.	Nazwa instytucji <i>(należy podać pełną nazwę)</i>
2.	Numer NIP
3.	Numer REGON
4.	Numer KRS
5.	Podmiot prowadzi działalność odpłatną <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
	Podmiot prowadzi działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
Dane teleadresowe	
6.	Województwo
7.	Powiat
8.	Gmina
9.	Miejscowość
10.	Kod pocztowy
11.	Poczta
12.	Ulica
13.	Nr budynku
14.	Nr lokalu
15.	Adres poczty elektronicznej (e-mail)
16.	Telefon kontaktowy

Oczekiwane wsparcie projektowe				
17.	Doradztwo ogólne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Trudno powiedzieć
	Szkolenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Trudno powiedzieć
	Korzystanie z zaplecza technicznego LGD	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Trudno powiedzieć
	Usługa doradcza z księgowości	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Trudno powiedzieć
	Usługa prowadzenia księgowości	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Trudno powiedzieć

W imieniu instytucji .....

.....  
(pełna nazwa i adres instytucji)

ja niżej podpisany/a .....

(imię i nazwisko oraz pełniona funkcja)

**pouczony i świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:**

- Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
- Zostałem/-am uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy i oświadczam że informacje podane w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminami dotyczącymi realizacji projektu i akceptuję ich warunki.
- Oświadczam, że zgodnie z wymogami reprezentowany przeze mnie podmiot jest uprawniony do udziału w projekcie.
- Zostałam/-em poinformowana/-y, że w przypadku niezakwalifikowania się do projektu podpisane przeze mnie oświadczenie traci swoją ważność.

Data	Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania instytucji	Pieczęć instytucji