



Projekt został opracowany w Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości.
Realizacja projektu została sfinansowana przez Unię Europejską ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

Załącznik nr 2 do umowy zaliczkowania i refundacji
(Zadania Covid-19)
SEKTOR Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna

OŚWIADCZENIE O AKTUALNOŚCI DANYCH ZAWARTYCH W FORMULARZU ZGŁOSZENIOWYM PRZEDSIĘBIORSTWA

w ramach projektu „Akademia Menadżera MŚP 2 - Wsparcie dla mikro, małych i średnich firm z województwa mazowieckiego i lubelskiego i Wsparcie antycovidowe dla sektora handlu, odzysku materiałowego surowców, opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz gospodarki wodno-kanalizacyjnej i rekultywacji” (nr projektu POWR.02.21.00-00-AM15/20-01)

Numer ID wsparcia: POWR.02.21.00-00-AM15/20_.....

(wypełnia Operator)

.....
(miejsce i data)

.....
.....
(nazwa i adres Przedsiębiorstwa-wypełnia Przedsiębiorca)

W imieniu Przedsiębiorstwa oświadczam, że w związku z ubieganiem się o dofinansowanie usługi rozwojowej w ramach Projektu na dzień złożenia oświadczenia:

1.	Przedsiębiorstwo otrzymało dofinansowanie na usługę rozwojową będącą przedmiotem umowy w ramach innych środków publicznych.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
2.	Dane przedstawione w załączniku nr 6 do Regulaminu uległy zmianie (wysokość udzielonej Przedsiębiorstwu pomocy <i>de minimis</i>).	<input type="checkbox"/> ¹ tak	<input type="checkbox"/> nie
3.	Dane przedstawione w załączniku nr 2 i 3 do Regulaminu uległy zmianie (wielkość przedsiębiorstwa – małe, mikro, średnie).	<input type="checkbox"/> ² tak	<input type="checkbox"/> nie
4.	Status pracowników uległ zmianie.	<input type="checkbox"/> ³ tak	<input type="checkbox"/> nie
5.	Inne (jakie?) dane przedstawione w złożonej dokumentacji rekrutacyjnej uległy zmianie.....	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

Przyjmuję do wiadomości, że Przedsiębiorca ma obowiązek niezwłocznego zgłoszenia do Operatora faktu zawieszenia bądź zaprzestania działalności gospodarczej, a także aktualizacji danych dotyczących zmiany nazwy, siedziby lub innych danych przedsiębiorstwa mających wpływ na zawartą *Umowę zaliczkowo-refundacyjną*, pod rygorem uznania kosztów udziału w usługach rozwojowych za niekwalifikowalne.

Świadomy odpowiedzialności karnej za podanie w niniejszym oświadczeniu nieprawdy, zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych powyżej.

Miejscowość i data	Podpis/y osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Przedsiębiorstwa (podpis/y czytelny/e lub pieczęć/i imienna/e i parafka/i) oraz pieczęć firmy:
<p>UWAGA: Podpis musi pozwalać na jednoznaczną identyfikację osoby, która go złożyła tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis lub parafkę + pieczęć z imieniem i nazwiskiem Przedsiębiorcy. Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego.</p>	

¹ Należy przesłać zaktualizowany załącznik.

² Należy przesłać zaktualizowane załączniki.

³ Należy przesłać zaktualizowane załączniki dotyczące pracowników, których status uległ zmianie.