

## FORMULARZ WNIOSKU O KWALIFIKACJĘ DOSTAWCY USŁUG

w ramach projektu „Podkarpacka Platforma Wsparcia Biznesu” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020

Oś priorytetowa: I Konkurencyjna i innowacyjna gospodarka

Działanie: 1.3 Promowanie przedsiębiorczości

Typ projektu: Profesjonalizacja usług IOB

Data wpływu wniosku o wpis do wykazu <b>kwalfikowanych Dostawców Usług</b> <i>(wypełnia instytucja przyjmująca wniosek)</i>	
Numer wniosku o wpis do wykazu <b>kwalfikowanych Dostawców Usług</b> <i>(wypełnia instytucja przyjmująca wniosek)</i>	
Czy Wnioskodawca stara się o kwalifikację po raz pierwszy?	TAK/ NIE * niepotrzebne skreślić
Czy Wnioskodawca posiada status Instytucji Otoczenia Biznesu?	TAK./ NIE * niepotrzebne skreślić

W odpowiedzi na zaproszenie do składania ofert o kwalifikację Dostawcy Usług w ramach projektu „Podkarpacka Platforma Wsparcia Biznesu”

.....  
*(imiona i nazwiska osób upoważnionych do reprezentowania Wnioskodawcy wraz z oznaczeniem zajmowanego stanowiska)*

działając w imieniu i na rzecz:

.....  
.....  
.....  
*(pełna nazwa i adres oraz NIP Wnioskodawcy)*

składam/ składamy następującą ofertę na świadczenie usług w ramach projektu „Podkarpacka Platforma Wsparcia Biznesu”:

### Dane:

Nazwa podmiotu:.....  
.....  
Forma prawna.....  
NIP:.....  
Adres głównego miejsca wykonywania działalności/ siedziba i adres .....  
Numer telefonu:.....  
Numer faksu:.....  
E-mail:.....  
www:.....  
Data rozpoczęcia działalności, zgodnie z dokumentem rejestracyjnym (lub innym równoważnym):.....

**Wykaz posiadanego potencjału niezbędnego do należytego świadczenia usług rozwojowych/usługi rozwojowej w ramach PPWB**

*Potencjał techniczny*

*Potencjał ekonomiczny*

*Potencjał kadrowy i kompetencyjny<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Wymóg: podmiot zapewnia realizację usług rozwojowych przez min. 3 osoby posiadające niezbędne kwalifikacje lub doświadczenie zawodowe adekwatne do świadczonych usług.

---

**Wykaz doświadczenia posiadanego przez Instytucję** – w zakresie usług rozwojowych świadczonych na rzecz MŚP (*potwierdzające doświadczenie podmiotu w zakresie usług rozwojowych*). Proszę wskazać **min. 5 usług**, które zostały wykonane i udokumentowane.

Lp.	Nazwa/ opis usługi wraz z podaniem typu usługi	Nazwa odbiorcy usługi	Data zrealizowanej usługi	Wartość zrealizowanej usługi	Obszar geograficzny zrealizowanej usługi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

**Opis stosowanych mechanizmów monitorowania jakości i skuteczności oferowanych usług (np. ankiety itp.)**

Lp.	Nazwa mechanizmu monitorowania jakości i skuteczności usług	Opis
1.		
2.		

**Inne informacje nt. Podmiotu** np.: posiadane licencje, akredytacje, certyfikaty lub inny dokument poświadczający uprawnienia podmiotu do świadczenia usług rozwojowych/usługi rozwojowej (o ile dotyczy)

Lp.	Nazwa/ opis	Data wydania
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

**Wizytówka Dostawcy Usług** (proszę przedstawić opis działalności, który będzie przedstawiony na profilu DU na stronie internetowej PPWB) (max. 2000 znaków)

## OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Podmiot prowadzi aktywną działalność od min. 12 miesięcy licząc od dnia poprzedzającego dzień złożenia wniosku o kwalifikację DU.
2. Podmiot nie posiada zaległości z tytułu podatków lub z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne oraz zdrowotne oraz nie pozostaje pod zarządem komisarzycznym, oraz nie został wobec niego złożony wniosek o ogłoszenie upadłości, oraz nie zostało wobec niego wszczęte postępowanie likwidacyjne, naprawcze lub restrukturyzacyjne.
3. Wszystkie informacje zamieszczone w Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
czytelny/e podpis/y) Wnioskodawcy lub osoby (osób) uprawnionej(ych)  
do reprezentacji Wnioskodawcy/ imienna(e) pieczęćka(i)

Do niniejszego formularza załączam/ załączamy:

1. Dokumenty potwierdzające formę prawną DU
2. Statut lub inny dokument założycielski, w którym znajdują się zapisy, iż podmiot prowadzi działalność na rzecz rozwoju przedsiębiorczości (*jeśli dotyczy*)
3. Dokumenty potwierdzające prawo do reprezentacji DU lub pełnomocnictwo
4. Formularz zgłoszenia usługi DU (w przypadku chęci zgłoszenia kolejnej usługi, należy złożyć kolejny formularz zgłoszenia usługi DU).

....., dnia.....  
(miejsce i data)

.....  
(podpis wraz z imienną pieczęćką)