

Data/godzina wpływu dokumentu do Projektodawcy (wypełnia Projektodawca)	
Podpis osoby rejestrującej (wypełnia Projektodawca)	

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

DO UDZIAŁU W PROJEKCIE SZKOLENIOWYM NR: POKL.08.01.01-26-192/13

pt. „*Wzmocnienie potencjału firm województwa świętokrzyskiego poprzez szkolenia językowe*”

I. Informacje o przedsiębiorstwie zgłaszającym się do udziału w projekcie:

Pełna nazwa przedsiębiorstwa podana w dokumencie rejestrowym	
Adres siedziby	
Adres biura, filii, oddziału na terenie województwa świętokrzyskiego, jeśli inny niż siedziby	
REGON	
NIP	
Numer PKD	
Przedsiębiorstwo działa w branży usługowej	TAK/NIE*
Telefon kontaktowy	
Faks	
Adres e-mail	
Osoba do kontaktu (wraz z danymi do kontaktu)	

* Zaznaczyć właściwe

II. Oświadczenia

a) Oświadczam, że (pełna nazwa przedsiębiorstwa):

.....
jest (zaznaczyć właściwe):

- Mikro przedsiębiorstwem
 Małym przedsiębiorstwem
 Średnim przedsiębiorstwem

w rozumieniu „Rozporządzenia Komisji Europejskiej (WE) nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnotowym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu”.

b) Oświadczam, że zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

c) Zobowiązuję się do podpisania umowy szkoleniowej wraz z załącznikami.

- d) Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie podanych danych przez Learning Systems Poland S.A. zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późn. zm.) w celach związanych z realizacją projektu: *Wzmocnienie potencjału firm województwa świętokrzyskiego poprzez szkolenia językowe.*
- e) Mam świadomość, że złożenie formularza zgłoszeniowego do projektu nie oznacza zakwalifikowania do udziału w projekcie.
- f) Oświadczam, że dane zwarte w formularzu są zgodne z prawdą.

III. Spośród możliwych trybów realizacji zajęć wybieram:

- Tryb dzienny w dni robocze (szkolenia całodzienne w dni robocze od godziny 8 lub 9);
- Tryb wieczorowy w dni robocze (szkolenia po godzinie 16 w dni robocze);
- Tryb weekendowy (szkolenia całodzienne w dni wolne od pracy od godziny 8 lub 9).

IV. Zgłaszam następujące osoby do udziału w szkoleniach:

L.p.	Imię i nazwisko	Wykształcenie (brak, podstawowe, gimnazjalne, ponadgimnazjalne, pอมaturalne, wyższe)	Wiek powyżej 50 lat*
1.			TAK/NIE
2.			TAK/NIE
3.			TAK/NIE
4.			TAK/NIE
5.			TAK/NIE
6.			TAK/NIE
7.			TAK/NIE
8.			TAK/NIE
9.			TAK/NIE
10.			TAK/NIE

* Zaznaczyć właściwe

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis osoby upoważnionej

