



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY INSTYTUCJI

Tytuł projektu	Warszawski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej
Nr projektu	
Nazwa Programu Operacyjnego	
Numer i nazwa Osi Priorytetowej	
Numer i nazwa Działania	

Dane podsta-wo-we	Pełna nazwa instytucji	
	NIP	
	Typ instytucji	<input type="checkbox"/> Podmiot ekonomii społecznej (<i>wg definicji w Regulaminie</i>), <u>w tym:</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Przedsiębiorstwo społeczne, w tym <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> spółdzielnia socjalna <input type="checkbox"/> inne przedsiębiorstwo społeczne (<i>jeśli tak, prosimy o wypełnienie Załącznika - Oświadczenie o statusie PS</i>) <input type="checkbox"/> Podmiot reintegracyjny (WTZ, ZAZ, CIS, KIS) <input type="checkbox"/> Podmiot sfery gospodarczej (np. spółdzielnia pracy, inwalidów i niewidomych, org. pozarządowa z działalnością gospodarczą) <input type="checkbox"/> Podmiot działający w sferze pożytku publicznego, prowadzący wyłącznie działalność nieodpłatną odpłatną pożytku publicznego
		<input type="checkbox"/> Jednostka samorządu terytorialnego
<input type="checkbox"/> Instytucja rynku pracy		
	<input type="checkbox"/> Inny, wpisz jaki:	
	Czy instytucja prowadzi działalność gospodarczą?	<input type="checkbox"/> TAK Jeśli tak, to czy spełnia warunki ubiegania się o pomoc <i>de minimis</i> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM



		<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> TAK
	Czy instytucja prowadzi działalność odpłatną pożytku publicznego?	<input type="checkbox"/> NIE Jeśli nie, to czy ma w statucie lub uchwale zapis umożliwiający prowadzenie działalności odpłatnej pożytku publicznego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
		<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
Dane adresowe instytucji	Kraj	POLSKA
	Województwo	mazowieckie
	Powiat	
	Gmina	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr budynku	
	Nr lokalu	
	Kod pocztowy, poczta	
	Telefon kontaktowy	
	Adres poczty email	

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe, i jestem pouczony, i świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń.

Miejscowość, data

Czytelny podpis osoby/osób reprezentującej/
ych podmiot

Pieczęć podmiotu



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

