**FORMULARZ INFORMACJI SKŁADANYCH PRZEZ PES I PS   
W ZWIĄZKU Z UBIEGANIEM SIĘ O WSPARCIE   
MAJĄCE NA CELU PRZECIWDZIAŁENIE SKUTKOM WYSTĄPIENIA COVID-19**

**(wsparcie dla PES i PS, poprzez przeprowadzanie przez OWES zakupów od tych podmiotów produktów   
lub usług związanych z przeciwdziałaniem skutkom wystąpienia COVID-19   
i przekazanie ich nieodpłatnie instytucjom pomocowym i innym uprawnionym podmiotom)**

w projekcie **„*OWES subregionu Centralno-Wschodniego*”**

realizowanym w ramach Osi priorytetowej IX Włączenie społeczne

Działanie: 9.3. Rozwój ekonomii społecznej w regionie,   
Poddziałanie 9.3.1 Wsparcie sektora ekonomii społecznej – konkurs,

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Nr Umowy z Instytucją Zarządzającą[[1]](#footnote-1) o dofinansowanie projektu:

UDA-RPSL.09.03.01-24-0036/18-00

|  |
| --- |
| **Nr Formularza:** …………………………............................................ **Data złożenia:** ………………………………...................... Powyższe dane wypełnia Beneficjent |

1. Dane PES/PS składającego formularz:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa |  | | |
| Ulica |  | | |
| Nr budynku |  | Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Nr KRS |  | NIP |  |
| Telefon |  | E-mail |  |

1. Informacje na temat sytuacji finansowej PES/PS.

Czy nastąpił spadek przychodów ze sprzedaży w związku z wystąpieniem COVID-19?:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | TAK (należy dołączyć dokumenty finansowe podmiotu[[2]](#footnote-2)) |
|  |  |  |
|  |  | NIE |

1. Informacje na temat oferowanych produktów/usług:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa produktu/usługi** | **Parametry** | **Ilość** | **Wartość jednostkowa netto** | **Wartość jednostkowa brutto** | **Wartość łączna brutto (3 x 5)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |

1. Miejsce przekazania produktów/usług (pełna nazwa jednostki wraz z adresem) oraz telefon i e-mail osoby do kontaktu ze strony jednostki:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………….………………….

1. Oświadczenie:

Oświadczam/y, iż dysponuję/my odpowiednim potencjałem techniczno-organizacyjnym oraz kadrowym pozwalającym na należyte zrealizowanie zamówienia.

...................................... ………………………………........................................

Miejscowość i data Podpis/y Wnioskodawcy

1. Decyzja Beneficjenta:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  | Pozytywna |   Uzasadnienie oraz ewentualne uwagi:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………….………………….………………….   |  |  | | --- | --- | |  | Negatywna |   Uzasadnienie:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………….…..……………….………………… |

...................................... ………………………………........................................

Miejscowość i data Podpisy osoby/osób rozpatrującej/-ych formularz

1. Rolę Instytucji Zarządzającej dla Poddziałania 9.3.1. Wsparcie sektora ekonomii społecznej – projekty konkursowe   
   w województwie śląskim pełni Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego [↑](#footnote-ref-1)
2. Rachunek zysków i strat za 3 miesiące poprzedzające miesiąc złożenia formularza (okres bazowy) oraz za 3 miesiące przypadające przed okresem bazowym; rachunek zysków i start za okres bazowy musi potwierdzać spadek przychodów ze sprzedaży o minimum 15% w stosunku do okresu poprzedzającego okres bazowy lub

   rachunek zysków i strat za 3 miesiące poprzedzające miesiąc złożenia formularza, które będą potwierdzać spadek przychodów ze sprzedaży o minimum 15% w stosunku do analogicznych 3 miesięcy roku poprzedniego tj. 2019 [↑](#footnote-ref-2)